

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 17 Juillet 1903, à 1 heure

Par GASTON ALEXANDRE

Ancien interne lauréat des hôpitaux.
Aide d'anatomie de la Faculté de Médecine.
Membre adjoint de la Société anatomique.

L'OMENTOPEXIE

DANS LES

CIRRHOSES HÉPATIQUES

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : MM. TILLAUX, Professeur.

RECLUS,

GOSSET,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N° 489

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 17 Juillet 1903, à 1 heure

Par GASTON ALEXANDRE

Ancien interne lauréat des hôpitaux.

Aide d'anatomie de la Faculté de Médecine.

Membre adjoint de la Société anatomique.

L'OMENTOPEXIE

DANS LES

CIRRHOSES HÉPATIQUES

Président : M. TERRIER, Professeur.

Juges : MM. TILLAUX, Professeur.

RECLUS,
GOSSET, } *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M.	DEBOVE.
Professeurs.	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		GILBERT.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		LANDOUZY.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY.
		GAUCHER.
		RAYMOND.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU.
		TILLAX.
Clinique ophtalmologique		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires		DE LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements		GUYON.
Clinique gynécologique		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile		BUDIN.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEPAGE.	TEISSIER.
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	MARION.	THIERY.
BEZANÇON.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GOUGET.	MERY.	THOINOT.
BROCA (AUG.).	GUIART.	POTOCKI.	VAQUEZ.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	REMY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	RENON.	WALTHER.
CUNEO.	LANGLOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DEMELIN.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef des tra-	WURTZ.
DESGREZ.	LEGREY.	vauz anatomiques.	
DUPRE.	LEGUEU.		

Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation]

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FEMME



A MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR TERRIER

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR TILLAX

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RIEFFEL

CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A LA MÉMOIRE DE M. LE DOCTEUR HANOT

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS : MONOD, HARTMANN, RICARD,
LEGUEU, FAURE, GOSSET.

A MM. LES DOCTEURS OETTINGER, LION, FLORAND, JACQUET,
médecins des hôpitaux ; ARROU, CHEVALIER, chirurgiens des
hôpitaux, RUEFF, médecin de la Préfecture.

A M. LE DOCTEUR GEORGES ALEXANDRE, médecin-adjoint des
prisons de la Seine.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est à Talma, professeur de médecine à la Faculté d'Utrecht, que revient le mérite d'avoir proposé le premier de traiter chirurgicalement l'ascite des cirrhotiques en créant des adhérences entre les viscères abdominaux et la paroi.

Il n'est donc pas l'inventeur d'une opération, *l'opération de Talma*, comme on dit à tort, mais le créateur d'une méthode générale qui a été le point de départ d'opérations diverses que l'on peut appeler : *Opérations d'après la méthode de Talma*.

L'organe qui se prête le mieux à une fixation est le grand épiploon. Aussi la manœuvre importante de ces opérations est-elle une suture entre le grand épiploon et la paroi abdominale, suture que l'on désigne indifféremment sous les noms *d'épiploplexie*, *d'omentopexie* ou *d'omentofixation*.

La première épiploplexie fut faite en 1889 par Van der Meulen, qui perdit son malade quelques heures après l'opération.

Deux ans plus tard Schelkly opère un malade qui meurt de péritonite 15 jours plus tard.

Le 3^e cas est plus heureux ; il est dû à Lens qui le 6 juin 1892, fait l'omentofixation. Ce ne fût pas encore un succès, l'ascite se reproduisit, et 5 mois et demi après l'opération, le malade mourut.

Le premier résultat satisfaisant est dû à Drummond et Morison. Par deux mémoires publiés en 1896 et en 1899, ils attirèrent l'attention sur le traitement chirurgical des cirrhoses.

Ces publications eurent un grand retentissement dans la presse médicale ; aussi plusieurs chirurgiens appellent la méthode *méthode de Morison* ou *méthode de Talma-Morison*.

Il est juste de rappeler que Morison, de l'avis même de Talma, ignorait les travaux de ce dernier, lorsqu'il fit paraître son premier mémoire.

Depuis, les observations se sont beaucoup multipliées surtout à l'étranger. Mlle Aubian signale 23 omentofixations ; Leport en compte 53. Nous en donnerons plus d'une centaine.

Plusieurs articles importants ont paru, citons ceux de Rolleston et Turner, de Packard et Le Conte, de Frazier.

En Allemagne, Talma, Bunge, Franke ont étudié la question.

En Italie, où l'épiploexie n'est plus une opération d'exception, Schiassi a donné son nom à un procédé opératoire et Pascale a publié un travail des plus intéressants sur le sujet.

A côté des chirurgiens et dans le même but ont travaillé les expérimentateurs, particulièrement Tillmann en Allemagne et Kousnetzof en Russie.

L'expérimentation devait précéder l'action chirurgicale, puis l'accompagner pour prouver qu'il est possible de créer entre la paroi et les viscères abdominaux, des adhérences vasculaires susceptibles de servir de dérivation au système porte obstrué sans porter atteinte à l'organisme.

CHAPITRE II

EXPÉRIMENTATION

L'expérimentation unie à quelques constatations anatomopathologiques peut résoudre trois questions :

1° L'omentofixation permet-elle de créer des adhérences vasculaires et dans quelles conditions le permet-elle ?

2° Ces adhérences peuvent-elles servir de voie de dérivation au sang accumulé dans le système porte après ligature de la veine porte ?

3° Le passage du sang du système porte dans le système cave sans l'intermédiaire du foie n'est-il pas une cause d'intoxication pour l'organisme ?

§ 1. — Production d'adhérences pariéto-épiploïques.

S'il pouvait exister quelques doutes sur la possibilité de créer les anastomoses pariéto-épiploïques, l'autopsie de la malade de Morison faite par Richardson les ferait aussitôt disparaître : « M. Richardson enleva en masse les viscères abdominaux et la paroi sauf la peau ; il fit une injection par la veine porte : le foie, la rate, l'intestin semblent rattachés à la paroi par de nombreuses adhérences en forme

de bandelettes, dont plusieurs ne contiennent qu'un gros vaisseau sanguin. L'épiploon est également adhérent à la paroi abdominale. Dans toutes les adhérences passent d'innombrables vaisseaux injectés allant de l'épiploon à la paroi et de la paroi à l'épiploon. Plusieurs de ces vaisseaux ont largement le calibre d'une radiale normale. »

Dans plusieurs autres cas où la mort survint peu de temps après l'opération, des vaisseaux bien caractérisés allaient de l'épiploon à la paroi. C'est surtout pour montrer avec quelle rapidité se forment ces anastomoses que nous présentons le dessin d'une pièce que nous avons enlevée (1). L'opération avait été faite le 29 juillet ; la malade mourut le 9 août. Ayant enlevé en bloc les viscères, il nous fut facile de préparer cette pièce comprenant l'estomac dont on n'a reproduit que l'extrémité inférieure, le côlon transverse, le grand épiploon et la paroi qui lui adhère. Avec une seringue et une aiguille fine nous avons injecté un liquide coloré dans une veine sous-péritonéale ; un réseau veineux immédiatement apparut sur la paroi et l'épiploon ; en relevant les bords de celui-ci, il nous fût facile de voir que les communications se faisaient au niveau des soies qui avaient servi à la suture. Une partie de la pièce n'étant pas injectée, nous pûmes faire la même manœuvre en faisant l'injection dans une veine de l'épiploon. Un réseau semblable se produisit, mais cette fois en sens contraire.

Deux points de communication seulement ont été dessinés bien que semblable disposition existât au niveau de chaque adhérence.

(1) Voir planche à la fin.

Ces observations ont la valeur d'expériences.

Pascale sur plusieurs chiens a fait la suture de l'épiploon à la paroi et les conclusions auxquelles il arrive sont des plus importantes non pas pour établir la possibilité des anastomoses vasculaires pariéto-épiploïques, mais pour montrer dans quelles conditions elles se produisent. Sur le chien, et il en est de même chez l'homme, les adhérences vasculaires sont établies du septième au huitième jour. Les vaisseaux se développent particulièrement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal d'où ils divergent pour gagner d'un côté le reste de la paroi, de l'autre le grand épiploon. Sur une planche annexée à son travail, il montre des coupes qui rendent compte du volume de ces vaisseaux de nouvelle formation. Ceux-ci se développent de préférence au voisinage de l'ombilic, et c'est une des raisons qui nous conduisent à rejeter à l'inverse de ce que préconise Pascale l'excision de la cicatrice ombilicale lorsqu'elle n'est pas nécessaire par une hernie de la région.

Si le tissu cellulaire comme le tissu sous-péritonéal est favorable à la formation de ces vaisseaux, le tissu fibreux dense lui est au contraire un obstacle.

Pascale insiste particulièrement sur ce dernier fait, qui invite à ne pas chercher à provoquer des adhérences au niveau des aponévroses et à éviter toute cause d'infection. Celle-ci déjà bien à craindre pour d'autres raisons, serait particulièrement nocive ici en fournissant un tissu fibreux dense dans lequel la circulation supplémentaire cherchée ne s'établirait pas.

§ 2. — **Action des adhérences pariéto-épiploïques sur
la circulation porte.**

L'expérimentation a établi un point important beaucoup plus discuté. Elle a démontré que les adhérences vasculaires que provoque l'épiplopéxie peuvent servir de dérivation au système porte et conduire au système cave une notable quantité de sang. Nous savons qu'il existe à l'état normal des communications entre les systèmes porte et cave, et que ces vaisseaux anastomotiques se dilatent dans les états pathologiques d'obstruction de la veine porte.

Ces anastomoses sont nombreuses et les ennemis des opérations d'après la méthode de Talma en font une longue liste qu'ils opposent à la nouvelle voie de dérivation que Mlle Aubian compare à « unerigole artificiellement créée à force de travail, afin que s'y déverse le trop plein d'une rivière possédant déjà de nombreux lits collatéraux naturels. »

Personne ne nie l'importance de ces voies, dont certaines sont connues surtout depuis les travaux de Sappey. Ces anastomoses sont décrites partout; nous nous contenterons de rappeler les anastomoses rectales et œsophagiennes placées aux extrémités du tube digestif sous-diaphragmatique, le système de Retzius, les communications des veines rénales avec les azygos, les veines portes accessoires et particulièrement les veines qui courent le long du cordon fibreux de la veine ombilicale.

Lors d'obstruction de la veine porte, soit au niveau du tronc veineux lui-même, soit au niveau de ses ramifications intra-hépatiques, ces anastomoses augmentent de calibre

et permettent le passage d'une certaine quantité de sang dans le système cave. De ce fait la pression intraportale dont les effets morbides sont à craindre est moins élevée qu'elle ne le serait sans cette décharge de sang. Tout en considérant comme très important ce rôle de défense, nous pouvons admettre qu'il ne dépasse pas une certaine limite. Ou bien cette dilatation est à son maximum et les symptômes occasionnés par l'hypertension portale s'accroissent, ou bien cette dilatation s'arrête sans donner tout le bénéfice qu'on pouvait en attendre. Dans certains cas dont nous parlerons, ce développement des anastomoses porto-caves peut-être dangereux en provoquant des hémorragies et l'épiplopie trouvera une de ses plus certaines indications en prévenant artificiellement les dangers de cette dilatation vasculaire naturelle.

Les expériences de Tilmann donnent une réponse positive à la question que nous posons. Cet auteur après avoir constaté que la ligature de la veine porte, faite chez des chiens et des lapins, est constamment suivie de mort, fit sur un chien vigoureux trois opérations successives :

Dans une première opération après laparotomie, il suture l'épiploon dans une poche creusée entre la peau et les muscles de l'abdomen. Il lave avec une solution de sublimé la cavité péritonéale pour détruire l'endothélium péritonéal et provoquer des adhérences.

Huit jours après, dans une deuxième laparotomie, il fait la ligature de la veine mésentérique. Enfin il attend encore 8 jours et pratique une dernière opération pour lier la veine porte à son entrée dans le foie.

L'animal se remet et 12 semaines plus tard l'autopsie fut

pratiquée : la veine mésentérique était transformée en un cordon fibreux, mais la veine porte n'était pas complètement obstruée et présentait une lumière grosse comme une tête d'épingle.

Comme on le voit, les expériences de Tilmann furent peu nombreuses et l'expérience principale ne fut pas complètement concluante.

Aussi les expériences furent-elles reprises par Kousnetzof qui, en 1900, a fait paraître un long et intéressant travail reposant sur des expériences d'une grande précision. Cet auteur dut d'abord étudier chez le chien l'anatomie mal connue des origines de la veine porte, et dans toutes ses expériences il fit des injections de coloration différente dans la veine porte et dans la veine cave. Il vit que chez le chien la veine porte résulte de la réunion des deux mésentériques d'une part à la splénique de l'autre et que c'est cette dernière qui reçoit, par la gastro-épiploïque gauche, les veines du grand épiploon. En outre, et c'est là le point important, le réseau des mésentériques et celui de la splénique sont presque indépendants. Ils ne communiquent que par des anastomoses grêles et peu nombreuses.

Ce point d'anatomie est nécessaire pour comprendre les différentes expériences de Kousnetzof. Ces expériences consistent en ligatures de la veine porte au-dessus et au-dessous de l'embouchure de la spléno-gastrique avec ou sans omentofixation préalable.

La ligature complète du tronc de la veine porte chez le chien, sans fixation préalable de l'épiploon, provoque la mort rapide. Si cette fixation est pratiquée quelques jours auparavant, l'animal supporte cette ligature complète de la

veine porte au point où elle est définitive, c'est-à-dire lorsqu'elle a reçu la veine gastro-splénique. Pendant les premiers jours, le chien est triste. Il a de la diarrhée et son ventre augmente à cause de la production d'une légère ascite. Mais il se remet rapidement.

La ligature complète de la veine porte au-dessous de l'embouchure de la veine gastro-splénique, même après fixation préalable du grand épiploon à la paroi abdominale antérieure, provoque la mort de l'animal. Nous comprenons ce résultat par l'insuffisance des anastomoses entre les deux mésaraïques d'une part, la gastro-splénique d'autre part, dont les veines épiploïques ne peuvent déverser leur trop-plein assez rapidement.

La ligature incomplète de la veine porte dans cette partie moyenne de la veine est au contraire bien supportée après avoir causé une diarrhée passagère.

Kousnetzof vit après l'épiploplexie se dilater les veines superficielles de l'abdomen et il constata chez le chien un réseau sous-cutané analogue à la tête de méduse. Par les injections colorantes, il étudia la marche du courant allant des veines épiploïques dans les veines de la paroi pour gagner les veines fémorales, les intercostales et d'autres.

Ces expériences montrent admirablement les modifications physiologiques qu'exerce l'omentofixation en augmentant les anastomoses porto-caves.

§ 3. — Toxicité du sang porte pénétrant directement dans le système cave.

La possibilité de créer une voie de dérivation artificielle du système porte établie, l'expérience devait rechercher

s'il n'y a pas de danger pour l'organisme à laisser passer une trop grande quantité de sang du système porte au système cave, directement, sans l'intermédiaire du foie.

A l'état normal, une certaine quantité de sang passe directement d'un réseau veineux dans l'autre ; cette quantité augmente lorsque les anastomoses se dilatent et il peut en résulter des accidents semblables à ceux que, dans quelques cas, l'épiplopie a provoqués. Mais ces accidents sont de courte durée et en général ce passage se fait sans inconvénient.

Mais les anastomoses artificiellement créées viennent s'ajouter aux voies spontanées existant déjà et donnent lieu à une dérivation additionnelle bien plus importante qui mérite d'être prise en considération.

Pascale, pour répondre à cette question, recherche les causes de la mort dans la ligature de la veine porte et il dit avec raison que si cette ligature entraîne la mort par intoxication et non par un autre mécanisme, c'est que le sang porte est toxique dès qu'il pénètre dans la circulation générale sans passer par le foie : l'argument est de valeur. Aussi a-t-on étudié avec grand soin les causes de la mort provoquée par la ligature du tronc porte.

Les veines du système porte constituent un vaste réservoir sanguin susceptible d'augmenter notablement sa capacité. Vient-on à lier la veine porte, une accumulation considérable de sang se produit dans ce vaste réseau jusqu'à ce que cerveau, poumons et autres organes soient exsangues et la mort survient par anémie. Cette théorie, admise par Claude Bernard fut rejetée d'abord par Tappeiner, puis plus tard par Schiff. Pour Tappeiner, le système porte ne peut

contenir une bien grande quantité de sang et la soustraction de ce sang à la circulation générale ne peut amener la mort. Pour Schiff, les animaux meurent empoisonnés par les éléments générateurs de la bile. Netter modifia cette théorie en admettant que la mort est due à l'accumulation dans le sang de poisons intestinaux que ne transforme pas le foie.

Actuellement on admet l'opinion de Claude Bernard défendue par Roger, démontrée par les expériences de Castaigne et Bender. Après avoir lié la veine porte à des chiens, ils ont vu ces animaux présenter des symptômes semblables à ceux que l'on constate chez les animaux saignés à blanc, et à l'autopsie, ils ont trouvé une hyperémie intense des organes abdominaux en même temps qu'une anémie des organes dépendant de la circulation générale. Ils purent retarder de deux à quatre heures la mort des animaux en faisant une injection de sérum artificiel ou une transfusion de sang, ou bien encore en liant l'aorte au-dessus du tronc cœliaque, ce qui empêche l'accumulation du sang dans le système porte. Gilbert et Carnot s'expriment ainsi sur l'obstruction brusque de la veine porte : « Dans les premiers moments, ainsi que l'ont montré Ludwig et Thiry, Gilbert et Garnier, etc, il y a une chute de la pression artérielle générale. Ultérieurement, tout le sang de l'organisme s'accumule en arrière de la ligature dans le système porte et les divers organes (intestins, rate), d'où il provient; il en résulte une hyperémie extrême de ces viscères jointe à une anémie générale, cérébrale, etc..., qui entraîne la mort en quelques heures. »

Pascale attribue une grande importance à la ligature de

la veine cave inférieure qu'il compare à celle de la veine porte. Elle amène également la mort par anémie sus-diaphragmatique, mais cette mort vient un peu plus tardivement, les anastomoses étant plus nombreuses et la décharge mécanique plus facile que pour la veine porte. Chez un chien auquel il avait fait l'épiploplexie, Pascale put lier la veine cave sans le tuer. Comme pour la ligature de la veine porte, c'est toujours en présence de troubles hydrauliques que l'on se trouve et l'épiploplexie empêche leur production.

Ce qui montre bien que le passage de sang porte dans la circulation générale n'entraîne pas de phénomènes toxiques, ce sont les expériences d'abouchement de la veine porte dans la veine cave. Ce n'est pas que cet abouchement n'entraîne pas d'accidents, mais tous les physiologistes sont d'accord pour admettre que l'on a pu conserver vivants des animaux chez qui on avait pratiqué l'anastomose porto-cave.

Eck, sur huit chiens, n'en conserve qu'un seul ; plus tard, Pawlow et Massen ne perdirent que 66 des opérés. Les animaux qui survécurent eurent des troubles mentaux, passèrent successivement par des phénomènes d'excitation et de coma, les accidents augmentant lorsqu'on nourrissait l'animal de viande, se calmant lorsque l'animal était au lait. Cette amélioration dans les résultats paraît due à la technique, l'orifice de communication ne devant pas permettre un mélange trop rapide des deux sangs.

Récemment, en septembre 1902, le professeur Tansini a décrit un nouveau procédé d'anastomose porto-cave : on met une ligature à la partie supérieure de la veine

porte ; plus bas, on pince le vaisseau et on sectionne entre la pince et la ligature. D'autre part, on isole la veine cave entre deux pinces dont les mors sont garnis de caoutchouc et on fait une anastomose termino-latérale. Tansini et ses élèves ont obtenu ainsi 9 succès sur 12 opérations. Devant de pareils résultats, Tansini se demande si, à la timide opération de Talma, on ne pourrait substituer chez l'homme l'anastomose porto-cave (?).

En résumé, nous basant sur les effets de la ligature de la veine porte, qui cause la mort non par intoxication, mais par anémie générale et sur les résultats des anastomoses directes de la veine porte avec la veine cave, nous pouvons admettre que toute voie nouvelle de dérivation de la veine porte obstruée délivrera son réseau d'origine de la stase dont il est le siège et diminuera l'anémie de l'organisme sans être pour lui une cause d'intoxication.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

Si le principe de l'épiplopexie repose sur l'expérimentation, sa valeur ne peut être tirée que des observations cliniques. L'omento fixation pour cirrhose n'a été faite que pour des cirrhoses veineuses avec ascite: mais il y a plusieurs formes de cirrhoses veineuses et il est regrettable que de nombreux auteurs écrivent « cirrhose du foie » au cours de leurs observations sans y joindre d'épithète.

S'il est indispensable de bien spécifier la nature de l'affection, il est nécessaire également d'étudier les symptômes avant et après l'opération. Parmi ces symptômes, il n'en est qu'un, l'ascite, qui ait été observé par la plupart des chirurgiens. C'est le plus important peut-être au point de vue opératoire, parce qu'il est le plus pénible et le plus manifeste pour le malade et parce que c'est sur sa pathogénie controversée que s'appuient les auteurs opposés à l'opération, mais ce n'est pas le seul utile à connaître et à étudier.

Attachant aux autres symptômes une grande importance, nous dirons successivement :

1° Dans quelles cirrhoses l'omentopexie a été faite et proposée;

2° Quelle est la pathogénie de l'ascite des cirrhoses :

3° Quels sont les symptômes à observer avant et après l'omentopexie pour suivre les effets de l'opération.

§ 1. — Des variétés de cirrhoses veineuses.

L'omentopexie a été faite le plus souvent pour des cirrhoses alcooliques. Cependant on verra deux observations de Bungé, l'une de cirrhose syphilitique, l'autre de cirrhose cardiaque et plusieurs observations italiennes de cirrhose paludique. Nous pensons pouvoir rapprocher des cirrhoses alcooliques ces différentes formes de cirrhoses qui, dans les cas opérés, présentaient toutes de l'ascite.

La cirrhose syphilitique avec ascite n'a pas de caractère bien tranché ; dans cette maladie « d'ordinaire une période « très longue de malaises mal déterminés, précède l'apparition d'accidents suffisamment caractérisés pour faire songer à une cirrhose et celle-ci au point de vue clinique se sépare peu des cirrhoses alcooliques communes (1) ».

Sur la cirrhose cardiaque nous n'insisterons pas. C'est une variété exceptionnelle de cirrhose qui, après des poussées congestives, présente de l'ascite et parfois même une diminution de volume du foie. C'est une sclérose tout à fait comparable à la sclérose de la cirrhose alcoolique.

(1) BROUARDEL et GILBERT, *Traité de Médecine*, t. V, p. 362.

Quant aux cirrhoses atrophiques et hypertrophiques avec ascite décrites chez les paludéens, elles se distinguent mal des cirrhoses alcooliques par leurs caractères cliniques et anatomo-pathologiques (Gilbert et Surmont). Nous restons donc dans le cadre des cirrhoses alcooliques atrophiques et hypertrophiques et nous le restreindrons encore en ajoutant avec ascite. Il n'existe pas à proprement parler de cirrhose ascitique ; l'ascite ne survient qu'à la deuxième période de l'affection, et avant son apparition, quoique plus difficilement, l'affection peut parfois être diagnostiquée.

Il existe même une forme anormale de la cirrhose hypertrophique : la forme anascitique. Le diagnostic en est difficile et Gilbert dit qu'elle est fréquemment prise pour un kyste hydatique. On connaît également la cirrhose atrophique fruste sans ascite. Mais ces deux formes n'ont jamais été traitées par la méthode de Talma. Il n'était pas inutile de les rappeler : elles peuvent donner lieu à des symptômes graves tels que l'hémorragie gastro-œsophagienne et elles trouveront peut-être un jour une place dans les indications de l'omentopexie.

§ 2. — Pathogénie de l'ascite.

Les interventions n'ont donc porté que sur des cirrhoses avec ascite. Les ennemis de l'omentopexie nous obligent à commencer par discuter ce symptôme, que nous retrouverons plus tard parce qu'il fait partie d'un syndrome dont tous les termes ont leur importance.

L'expérimentation nous a montré que l'épiplopie s'adresse à des troubles mécaniques, hydrauliques, comme dit Pascale, et si l'ascite des cirrhoses alcooliques n'est pas en rapport avec les modifications de pression intra-portale, l'opération ne pourra avoir sur elle d'influence heureuse ou, si elle agit, elle agira non par les anastomoses qu'elle crée, mais par un autre mécanisme.

A la théorie mécanique de l'ascite, on a opposé la théorie inflammatoire. L'ascite serait due à une péritonite et le liquide aurait la composition d'un exsudat inflammatoire. Froment donne à l'appui de cette opinion cette description de Chauffart : « Dans la cirrhose atrophique, la péri-hépatite est la règle ; tantôt une série d'adhérences fibroïdes serrées ou filamenteuses unissent le foie à la concavité du diaphragme et à la paroi ; tantôt il y a simplement un état villeux et comme chagriné de la capsule de Glisson. » Nous nous permettons de rappeler que plus loin M. Chauffart ajoute : « Il ne faut attribuer à l'état du péritoine dans la pathogénie de l'ascite cirrhotique qu'un rôle accessoire et d'exception. C'est dans le foie lui-même que siège le grand obstacle (1). »

Nous pouvons opposer également à la théorie inflammatoire l'article de Gilbert, pour qui la composition chimique du liquide ascitique ordinaire est celle des épanchements séreux non inflammatoires, c'est-à-dire que sa densité est faible (1010 à 1016), que sa réaction est alcaline et qu'il ne contient que peu de matières solides : 20 à 25 grammes par litre, dont une moitié environ est formée de matières albu-

(1) CHARCOT-BOUCHARD, *Traité de médecine*, t. III, p. 831.

minoïdes (sérum globuline). Il ne contient pas de fibrinogène, aussi n'est-il pas spontanément coagulable.

Nous avons fait faire l'examen du liquide ascitique d'une de nos malades (obs. 108) : il contenait 28 gr. 20 de matières solides, dont 14 gr. 20, presque la moitié, de matières albuminoïdes ; à l'examen microscopique on ne trouva pas de leucocytes. Il est possible que dans certains cas d'autres éléments s'ajoutent aux causes mécaniques et que le liquide prenne les caractères d'un exsudat inflammatoire : c'est peut-être le cas des cirrhoses à début ascitique rapide et même brusque, mais c'est là une exception. Il y a toujours une période préascitique et l'ascite apparaît en même temps que les autres signes d'hypertension portale.

Pour certains auteurs l'ascite serait due à la toxémie, parce que parfois elle n'apparaît qu'après les hématomèses et le mœlana, c'est-à-dire lorsque la pression dans la veine porte a déjà montré son élévation. Avec Guillot nous répondons que les hématomèses du début ne prouvent pas nécessairement que la pression dans la veine porte soit à son maximum, car les lésions de gastrite chronique suffisent pour expliquer l'altération par phlébite de l'estomac et la propagation de cette altération aux plexus œsophagiens lorsque ceux-ci sont dilatés. On peut ajouter qu'il n'y a pas de raison pour que la toxémie produise l'ascite aux dépens des seuls vaisseaux péritonéaux et qu'en bonne logique on devrait trouver des épanchements partout où existent des séreuses.

Sans nier toute relation de l'ascite avec la pyléphlébite et la péritonite, nous pouvons dire que l'ascite est un trouble

d'ordre mécanique qui n'existe jamais seul et qui fait partie du syndrome d'hypertension portale, qui domine toute la physiologie pathologique des cirrhoses alcooliques.

Ceux qui nient l'origine mécanique de l'ascite, devant l'évidence des résultats opératoires ont été obligés de rechercher la cause de la disparition de l'épanchement péritonéal, à la suite de l'omentofixation ailleurs que dans la formation des anastomoses porto-caves.

La laparotomie seule serait pour certains auteurs un procédé de guérison de l'ascite des cirrhoses comparables à la cure chirurgicale de la péritonite tuberculeuse. Rien n'est moins prouvé. Froment cite les observations réunies par Sallard. Il s'agit d'une hépatite (Segond), d'une affection biliaire (Routier), d'une angiocholite suppurée (Sallard), mais jamais d'une cirrhose veineuse. Le même auteur compare le procédé de Talma au procédé de cure de l'hydrocèle par éversion ou par résection de la vaginale. « L'irritation provoquée dans la cure de l'hydrocèle est amenée dans celle de l'ascite par l'incision de la paroi et la suture de l'épiploon aux lèvres de l'incision » (Froment). Cette comparaison n'est pas admissible : dans l'épiplopie la séreuse n'est ni éversée, ni réséquée, et il est bien plus simple d'admettre, comme le font la plupart des auteurs, que l'ascite survient lorsque le système porte est obstrué et qu'elle peut diminuer lorsqu'on pare à cette obstruction.

L'observation de Delagénère n'infirme en rien ces idées : dans un cas de cirrhose atrophique avec ascite énorme et légère ictère, le liquide péritonéal fit éclater la cicatrice ombilicale. L'épiploon fit hernie et des complications inflammatoires se produisirent. Delagénère fit une omphalecto-

mie, réduisit l'épiploon et termina l'opération par une fistule biliaire. L'état général s'améliora, l'ascite et l'ictère disparurent. Il est possible que dans la cirrhose veineuse intervienne un élément infectieux sur lequel la fistule a pu agir favorablement mais nous pouvons nous demander si la suture cystico-pariétale ainsi que les manipulations pratiquées sur l'épiploon n'ont pas amené un courant anastomatique supplémentaire entre les deux systèmes porte et cave.

§ 3. — **Des symptômes à observer avant et après l'omentopexie.**

L'ascite est donc le symptôme sur lequel s'appuient tous les observateurs pour juger les effets de l'omentopexie. Nous y attacherons nous-même la plus grande importance, mais l'étude des autres symptômes présente un immense intérêt. Nous avons été étonné, en lisant les observations que nous avons recueillies, de voir combien les auteurs sont sobres de détails symptomatiques. A peine voyons-nous dans la moitié des observations (51 sur 109) le volume du foie noté. Quelques auteurs seulement pensent à indiquer la quantité des urines. Aucun ne nous donne des détails sur l'état du pouls et de la tension artérielle, ce qui serait plus important à connaître que le nombre des ponctions faites et le nombre de litres de liquide d'ascite évacués.

Dans nos deux dernières observations, sur les conseils de M. le professeur Gilbert, nous nous sommes efforcés de prendre l'histoire de la maladie comme on doit le faire. Malheureusement une de nos malades a succombé, l'autre

a voulu partir chez elle vingt jours après l'opération, et il nous a été impossible de faire après l'omentopexie, ce que nous avions fait auparavant. Nous insisterons sur ces symptômes que l'on doit connaître pour déterminer les indications et juger les résultats de l'opération.

M. le professeur Gilbert groupe les symptômes des cirrhoses sous cinq chefs :

- 1° État physique du foie ;
- 2° État fonctionnel du foie ;
- 3° Troubles de la circulation intrahépatique, biliaire aussi bien que portale ;
- 4° Modifications des différentes fonctions ;
- 5° Modifications de l'état général.

État physique du foie. — Nous l'avons déjà dit, la moitié des auteurs n'indiquent pas le volume du foie des malades qu'ils ont opérés. Cependant la connaissance de ce volume a la plus grande importance. C'est sur lui que les médecins basent en grande partie le pronostic : la cirrhose hypertrophique est plus curable que la cirrhose atrophique. Tantôt son évolution est très longue, tantôt elle présente des rémissions de longue durée, tantôt enfin elle guérit tout à fait. Hanot et Kahn expliquent ce fait par régénération très marquée du foie. Guillot pense qu'un autre élément intervient favorablement : ce sont les adhérences entre le foie et le diaphragme, adhérences vasculaires signalées par Kiernan, remarquées également par Kahn. Aussi nous ne serons pas étonnés de voir les cirrhoses hypertrophiques alcooliques être chirurgicalement d'un meilleur pronostic que les atrophiques.

Sous l'influence de l'opération, différents chirurgiens ont

vu diminuer l'hypertrophie en même temps que la dureté du foie. Aucun auteur ne signale de modifications de volume dans la cirrhose atrophique après l'intervention. Le foie reste petit, mais il n'est pas nécessaire que son volume augmente pour qu'il y ait une amélioration. Monjour à la Société médicale de Bordeaux, au sujet de l'omentopexie, a insisté sur l'importance du volume du foie, dont l'atrophie serait en rapport avec sa déchéance fonctionnelle.

État fonctionnel du foie. — Les troubles de la sensibilité de la région hépatique, les douleurs de l'hypochondre droit méritent peu de nous arrêter. Cependant dans l'observation 107, ces douleurs étaient fort pénibles pour le malade qui aujourd'hui ne les ressent plus.

La glycosurie alimentaire existe très souvent et tous les auteurs qui ont écrit sur l'omentofixation y attachent peu d'importance, tant au point de vue des indications que du pronostic. L'hypochole pigmentaire est fréquente : les fèces sont peu colorées, mais l'ictère sans être exceptionnel n'est pas commun dans les cirrhoses alcooliques. Quand il existe, c'est un ictère hémaphéique plus ou moins prononcé. Talma attache une grande importance à ce symptôme qui est pour lui une contre-indication de l'épiplopectomie. Enfin, en examinant le malade, il faut penser aux phénomènes nerveux, aux vomissements et aux autres signes de l'insuffisance hépatique qui surviennent à une période avancée de l'affection et qu'une opération pourrait aggraver encore.

Troubles de la circulation intra-hépatique. (*Signes d'hypertension portale et d'hypotension sus-hépatique.*) — La gêne de la circulation biliaire avec l'ictère vrai est exception-

nelle dans les cirrhoses alcooliques. Elle nous intéresse moins que la gêne de la circulation portale. Celle-ci donne lieu à des phénomènes faciles à observer et d'autant plus utiles à connaître qu'ils doivent se modifier par l'épiploplexie, si celle-ci, comme nous le pensons, crée une voie de dérivation au système porte. Ces symptômes sont fonction de l'hypertension portale et de l'hypotension sus-hépatique.

On verra que dans 2 observations nous avons recherché l'opsiurie. MM. Gilbert et Lereboullet appellent ainsi « un symptôme caractérisé par ce fait que les urines émises dans les heures qui suivent les repas sont moins abondantes que celles émises dans les périodes de jeûne », il suffit de donner le matin une certaine quantité d'eau à boire au malade pour remarquer que les urines sont plus abondantes 3 ou 4 heures après l'ingestion qu'une heure après, ce qui est l'inverse à l'état normal. Ce symptôme existe avant l'ascite. C'est le premier phénomène d'hypertension portale, le plus précocé. Il mérite donc d'être toujours recherché avec soin.

Nous avons déjà insisté sur l'ascite et nous répéterons seulement « que l'ascite pour se produire réclame une hypertension portale notable dont la tension ascitique donne la mesure. L'ascite a été attribuée à une péritonite chronique contemporaine de la lésion hépatique. Nous ne pensons pas que cette théorie soutienne la discussion. »

La splénomégalie a intéressé particulièrement plusieurs chirurgiens. Due aussi, en grande partie, à l'hypertension portale, elle doit diminuer lorsque les adhérences vasculaires se produisent. Plusieurs observations notent après

l'opération une diminution notable de son volume. Talma, chez un enfant de 9 ans, chez qui l'épiploplexie n'avait pas fait diminuer le volume de la rate, particulièrement volumineuse, fit faire une nouvelle intervention. La rate fut enfouie dans l'épaisseur de la paroi et son volume diminua bientôt. Dans les cas où le paludisme s'ajoute à l'alcoolisme pour engendrer la cirrhose, il eut été intéressant de savoir le volume post-opératoire de l'organe, mais les auteurs italiens sont sobres de détails cliniques.

Les hémorragies gastro-intestinales, les épistaxis, les hémorroïdes avec hémorragie nous intéressent particulièrement, parce qu'elles sont parfois très abondantes et qu'elles ajoutent un élément de gravité au pronostic. Bien que quelques cas d'hémorragies du début de l'affection fassent peut-être exception, elles dépendent toujours de l'élévation de pression intra-portale et réclament toute intervention amenant une déplétion des origines de la veine porte. Bunge, ainsi que plusieurs auteurs, signale la disparition des hémorragies après l'omentofixation.

Rien n'est plus variable, tous les médecins l'admettent, que le développement des veines sous-cutanées abdominales. Ce développement, en rapport avec le degré d'obstruction de la veine porte, doit être noté avec soin pour observer ses modifications après l'opération. Les premiers opérateurs attribuèrent une grande importance à la formation de ce réseau à la suite de l'épiploplexie et un des gros arguments apportés à l'opération fut que ce développement des veines sous-cutanées ne se produit pas toujours. Rien ne prouve qu'il soit nécessaire. Il peut ne pas se produire tandis qu'existe un abondant réseau sous-péritonéal.

Pendant que l'hypertension portale s'accroît, se dessine le syndrome d'hypotension sus-hépatique. C'est encore M. le professeur Gilbert qui a insisté sur ce syndrome composé d'une triade symptomatique : l'hypotension artérielle, la tachycardie, l'oligurie.

Cette hypotension artérielle rappelle l'anémie des animaux auxquels on a fait la ligature de la veine porte. Elle tient à la diminution de la masse sanguine dans le système cave et au débit insuffisant des veines sus-hépatiques. Elle existe toujours, mais jusqu'ici dans aucune observation elle n'avait été indiquée. La tachycardie est constante. Dans toutes les cirrhoses alcooliques que nous avons examinées, nous l'avons constatée. Le pouls est de 80 à 100, parfois même de 100 à 120 et toujours sans élévation de température.

Le dernier terme de la triade, l'oligurie, a davantage attiré l'attention, et, dans un grand nombre d'observations, cette oligurie diminue après l'opération quand il y a guérison ou amélioration. La quantité d'urine, qui est de 100 à 300 grammes par jour, monte alors à 1.000, 1.500 et davantage. Il est donc indispensable de mesurer la quantité d'urine émise avant et après l'intervention. Il est utile également de faire un examen chimique méthodique, de rechercher surtout la quantité d'urée, qui est un élément important pour le pronostic. Monjour cependant, après avoir compté sur cette recherche pour établir la gravité de la cirrhose, l'a abandonnée pour tenir compte surtout du volume du foie. Enfin, comme conséquence des changements de la pression sanguine, il faut signaler l'œdème des membres inférieurs, mais ce symptôme n'a pas l'import-

tance qu'on serait tenté de lui attribuer : il diminue aussi bien après une ponction qu'après une laparotomie ; il est causé plutôt par l'ascite que par la cirrhose.

Modifications des diverses fonctions. — C'est surtout des troubles digestifs et respiratoires qu'il s'agit. Les premiers sont particulièrement pénibles chez certains malades. Ils consistent en digestions difficiles, nausées, parfois vomissements. Dans l'observation 107, les troubles digestifs disparurent après l'intervention ; la malade, qui ne pouvait prendre aucun autre aliment que du lait, peu à peu put supporter l'alimentation ordinaire. Quant aux troubles respiratoires, tantôt ils tiennent à l'abondance de l'ascite, tantôt ils sont dus à une pleurésie, à une lésion cardiaque ou péricardique. Ces derniers troubles donnent à l'affection un grand caractère de gravité. Ne voyons-nous pas Morison perdre un malade de péricardite avec dégénérescence calcaire. Notre malade (obs. 109) est morte également de lésions pulmonaires et péricardiques qui existaient avant l'opération.

Modifications de l'état général. — Ces modifications sont la résultante de plusieurs altérations réunies, de l'obstruction de la veine porte, de l'insuffisance hépatique, des troubles respiratoires, cardiaques et rénaux. Leur connaissance résulte d'un examen complet du malade, et comme le pronostic en dépend elles méritent d'être indiquées avec soin dans une observation.

Nous le répétons, ce sont là des symptômes dont l'étude est indispensable et nous en avons donné une brève description pour montrer qu'elle peut être leur importance en chirurgie. Leurs changements après l'opération peuvent

seuls avoir quelque valeur. Aujourd'hui, devant des observations incomplètes nous sommes obligés de nous contenter des brèves indications que donnent les auteurs. Nous ferons même deux statistiques : l'une comprendra la totalité des cas que nous avons réunis, la seconde, ceux qui ont été mieux étudiés et dans lesquels nous trouvons des indications sur le volume du foie. Nous relatons maintenant les résultats de l'opération parce nous pensons y trouver le point de départ d'utiles indications.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS DE L'OMENTOPEXIE

Pour établir une statistique exacte, il faudrait tenir compte des cas où les malades étaient cachectiques et où l'opération était une dernière ressource. Kummel, parlant de ses 7 opérations, dit que 2 d'entre elles doivent être écartées à cause du mauvais état des malades ; de même plusieurs auteurs ont eu à traiter des malades anémisés à qui on avait déjà fait de très nombreuses ponctions, tandis que dans d'autres observations l'affection durait depuis peu de temps. Mais une statistique, qui tiendrait compte de la gravité des cas, est impossible. Il faut nous contenter d'une statistique globale comprenant tous les cas, et tirant sa valeur du nombre des observations. Nous n'insisterons pas sur les statistiques antérieures, c'est ainsi que celle de Mlle Aubian porte sur 23 cas, celle de Pascale sur 36 observations. Pal ainsi que Bunge, se basant sur 60 omentopexies, comptent 40 p. 100 de guérisons. Parlerons-nous de guérisons ? Les observations ne sont pas d'assez longue date pour employer ce terme. Nous mettrons en bloc les guérisons et les améliorations, bien que, d'après les auteurs, les premières soient beaucoup plus nombreuses que

les secondes, et nous appellerons récidives les cas dans lesquels l'ascite s'est reproduite non pas pour cesser après une ou deux ponctions, mais pour persister et avoir la même allure qu'avant l'intervention.

Sur 109 cas nous trouverons (en retirant 2 observations, l'une où l'épiploplexie fut impossible, l'autre où la malade n'a pas été suivie) :

Guérisons et améliorations.	58	} 38 guérisons 20 améliorations.
Récidives	14	
Morts.	35	

Il est possible que certaines erreurs se soient glissées dans cette statistique, tant nombre d'observations sont peu précises, mais c'est la proportion qui importe surtout, et on peut admettre 54 p. 100 de succès dont 34 p. 100 de guérisons et 18 p. 100 d'améliorations.

Le nombre des morts effraye ; il est de 32 p. 100 ; mais il est à remarquer que nous avons affaire à une opération qui la plupart du temps n'a été faite que lorsque l'état général était mauvais, et que la mort était certaine. D'autre part, comme pour toute intervention, la léthalité diminue avec le temps ; les morts étaient plus fréquentes au début que maintenant ; peut-être fait-on l'opération plus vite et plus habilement.

Il est intéressant d'avoir une statistique spéciale pour les cirrhoses atrophiques et les cirrhoses hypertrophiques. Le volume du foie est noté dans 51 observations, et sur ce nombre nous trouvons 31 cirrhoses atrophiques et 20 hypertrophiques :

Cirrhoses atrophiques	Guérisons et améliorations.	14
	Récidives	4
	Morts.	13
		31
Cirrhoses hypertrophiques	Guérisons et améliorations.	14
	Récidives	3
	Morts	3
		20

Bien que ces deux derniers états ne portent que sur un nombre restreint de cas, nous croyons devoir y attacher une grande importance, parce que si nous les additionnons nous voyons que sur ces 54 cas, nous avons 31 p. 100 de morts, 54 p. 100 de guérisons et améliorations, ce qui correspond à peu près aux chiffres de la statistique générale.

Nous avons donc pour les *atrophiques* :

45 p. 100 de guérisons et améliorations.

41 p. 100 de morts.

Et pour les *hypertrophiques* :

70 p. 100 de guérisons et améliorations.

15 p. 100 de morts.

Ces chiffres sont éloquentes et montrent l'influence différente de l'opération sur la cirrhose avec petit et avec gros foie.

Pour les cirrhoses atrophiques le nombre des améliorations naturelles ou dues au traitement médical serait intéressant à connaître pour le comparer aux résultats opératoires : tous les médecins savent que la cirrhose atrophique ne pardonne qu'exceptionnellement et que même les rémissions y sont très rares. Les améliorations obtenues chirur-

giquement, établiraient le succès de l'omentopexie dans la cirrhose atrophique, si le nombre des morts n'était pas très grand.

Les cirrhoses hypertrophiques s'améliorent davantage médicalement ; « mais pour fréquentes qu'elles soient, leur guérison est loin d'être constante », et nous ne rencontrons pas d'objections en disant que l'omentopexie améliore de beaucoup leur pronostic. Ici le nombre des morts est moins élevé puisqu'il est de 15 p. 100 ; mais c'est encore beaucoup pour une opération qui ne doit pas être sensiblement plus grave qu'une ponction ou une laparotomie exploratrice. D'ailleurs, nous le répétons, la mortalité diminue : Abrajanoff sur 9 cas récents ne trouve plus qu'une mort, et dans une note qu'il vous a envoyée, Talma, parlant de cas récents et non publiés, signale des améliorations et des récidives, mais aucune mort. L'omentopexie donnera d'autant moins de mortalité que seront mieux connues ses indications et ses contre-indications.

CHAPITRE V

INDICATIONS. CONTRE-INDICATIONS

Weir, dont nous ne donnons pas l'observation citée partout, parce qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie et non d'une cirrhose, termine son article du *Medical Record* (4 février 1899) de la façon suivante : « Il est nécessaire à une phase aussi peu avancée d'un pareil traitement chirurgical de n'opérer que sur des malades qui n'ont aucune chance d'être sauvés par les autres moyens. Je sais bien qu'alors les chances de succès sont à leur minimum. » Cette formule mérite d'être modifiée aujourd'hui que l'opération a été pratiquée plus fréquemment et que l'on commence à connaître les conditions qui diminuent ou augmentent sa gravité. Nous pensons qu'il faut opérer lorsque les chances de succès sont à leur maximum plutôt qu'à leur minimum. L'état général doit avant tout préoccuper le chirurgien. Il ne faut pas opérer les malades extrêmement affaiblis et cachectiques. A ces malades il faut instituer un traitement médical, faire les ponctions nécessaires et si l'état général ne se remonte pas, il ne faut pas opérer. Cependant l'opération n'est pas grave par elle-même ; sans

être aussi anodine que la paracentèse, faite d'une façon aseptique, elle ne peut être dangereuse. Aussi sera-t-on autorisé à opérer des malades même sensiblement affaiblis et parfois on aura à se féliciter d'un succès. La première malade opérée par M. le professeur Terrier était dans un état de faiblesse extrême avant l'opération et elle a cependant guéri. Il y a là une limite difficile à déterminer.

Il faut se garder d'opérer quand il existe une lésion cardiaque ou péricardique mal compensée. De même lorsqu'il existe un épanchement pleural, une congestion notable des poumons ou une albuminurie abondante.

L'état du foie a une grande importance et avec Bunge on peut considérer comme contre-indication « des troubles graves de la fonction hépatique, et avant tout l'ictère, l'acholie et l'hypochole des fèces. Là encore il sera difficile de juger la gravité de l'affection hépatique. La glycosurie alimentaire ne peut montrer quelle est l'altération de la cellule hépatique. Peut-être la sécrétion d'urée a-t-elle plus d'importance lorsqu'elle est extrêmement diminuée ?

L'ictère qui pour Talma était une contre-indication même pour lui diminue d'importance puisqu'il nous écrit : « J'ai vu plusieurs fois, pas souvent, dans des cas de cirrhose avec ictère et ascite, les deux disparaître complètement après l'opération et les malades devenir aptes à travailler. »

Le volume du foie fera souvent opter pour l'intervention : Dans la cirrhose hypertrophique alcoolique, la marche est plus lente et il y a plus à attendre du gros foie que du petit.

Nous éliminerons donc les cas graves dans lesquels il ne t pas intervenir. Faut-il opérer dans tous les autres cas,

à toutes les périodes des cirrhoses alcooliques? Nous ne le pensons pas. Les cas de guérison de cirrhose atrophique sont des exceptions, mais il n'en est pas de même pour la cirrhose hypertrophique. Souvent en supprimant l'alcool, en soumettant le malade à un régime sévère, en lui donnant des iodures, du calomel et autres médicaments, en faisant une ou plusieurs ponctions, on peut voir les symptômes s'amender. Il y aura donc moins à se presser dans les cirrhoses hypertrophiques que dans les atrophiques. On se guidera surtout sur les symptômes d'hypertension portale auxquels doit parer l'omentopexie : le retard dans l'émission des urines, la quantité émise chaque jour, la rapidité de la formation et de la récidence de l'ascite après une ponction, la tension du liquide ascitique que l'on peut prendre avec un manomètre à eau et qui s'élève en même temps qu'augmentent la fréquence du pouls et la tension artérielle.

Les hémorragies constituent une indication importante sur laquelle tous les auteurs insistent. Dans la cinquième observation de Bunge, les hémorragies stomacales et intestinales disparaissent à la suite de l'intervention. Talma dans son second mémoire insiste sur l'indication créée par les hématomésés ; il craint l'hémorragie même dans les cas de guérison naturelle de la cirrhose et recommande l'intervention dès qu'un vomissement de sang prévient de la dilatation des veines œsophagiennes.

Dans les indications de l'omentopexie prennent place les cirrhoses cardiaques et paludiques que nous avons réunies aux cirrhoses alcooliques à cause de leur symptôme commun : l'ascite. Enfin la présence de sucre dans les

urines n'est pas une contre-indication ; la guérison obtenue dans la septième observation de Pascale le prouve.

En résumé, il y a une première période dans les cirrhoses alcooliques, plus longue dans le cas d'hypertrophie du foie, où il faut attendre et où la guérison est encore possible par le traitement médical et les ponctions.

L'opération est indiquée lorsque les symptômes d'hypertension portale sont établis et ne régressent pas, lorsqu'il y a des hémorragies gastriques et intestinales.

Elle est contre-indiquée lorsque la cellule hépatique est profondément atteinte dans son fonctionnement, lorsque l'état général est mauvais, lorsqu'il existe une importante affection cardiaque, respiratoire ou rénale.

CHAPITRE IV

OPÉRATION

L'opération est nouvelle et cependant les procédés opératoires sont déjà nombreux. Toute opération d'après la méthode de Talma, comprend ;

1° L'omentopexie proprement dite qui est le temps principal de l'opération ;

2° Des temps accessoires consistant ;

(a) Dans la suture à la paroi abdominale d'autres organes que l'épiploon.

(b) Dans les grattages et curettages destinés à aviver le péritoine pariétal et les viscères.

Nous trouvons de grandes variétés dans le temps principal comme dans les temps accessoires et c'est par ces dernières que nous commençons.

§ 1. — Manœuvres accessoires.

Si l'épiploon paraît être par sa forme et par sa situation l'organe le plus facile à suturer à la paroi ; si par sa vascularisation abondante et superficielle, il paraît particu-

lièrement propre à fournir un supplément de circulation anastomotique porto-cave, d'autres organes de l'abdomen peuvent jouer, sinon un rôle aussi important, du moins un rôle semblable.

On a pensé à suturer le foie à la paroi abdominale, mais on n'a pas pratiqué ce mode d'opération. Le foie que l'on trouve habituellement dans les cirrhoses a une capsule fibreuse et épaisse, laquée et même calcaire par endroits. Nous verrons que certains chirurgiens n'ont pas craint de frotter ou de gratter cette surface, mais on n'a pas suturé le bord antérieur du foie à la paroi. Si cette suture est pratiquée dans le procédé de Rolleston et Turner, c'est en prenant dans la suture le grand épiploon de façon à l'étaler entre le foie et le diaphragme. Mais la vésicule biliaire a plusieurs fois été suturée à la paroi. Dans la première opération de Talma, la cystopexie est pratiquée et Schiassi la recommande dans tous les cas. La raison de cette préférence pour la vésicule biliaire est dans l'existence du second groupe des veines portes accessoires de Sappey.

Créer des adhérences vasculaires entre la vésicule et la paroi serait donc faire communiquer le système cave avec un des plus importants systèmes porte-accessoires. De plus, lorsque la vésicule est volumineuse, lorsqu'elle fait saillie et dépasse le bord antérieur du foie, elle est plus que tout autre organe facile à suturer à la paroi. Mais elle peut être petite, adhérente, rétractée, et sa fixation serait dangereuse, déchirerait sa paroi ou donnerait lieu par tiraillement à des douleurs faciles à prévoir. Cette cystopexie ne peut être faite avec une incision médiane de la paroi; à moins de dilatation ou d'anomalie, il faudrait une

incision latérale sur le bord externe du droit ou oblique au-dessous du rebord costal, ce qui obligerait les chirurgiens qui préfèrent l'incision médiane à prolonger pour ce temps accessoire la longueur de l'opération.

La rate demanderait une incision spéciale, si on voulait soit la fixer, soit l'enfouir dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

C'est une des opérations que fit faire Talma (obs. IX) qui fait penser à cet organe. C'est le seul exemple d'enfouissement de la rate dans la paroi pour cirrhose. Il nous semble que c'est là un violent traumatisme demandant après l'épiplopie une opération plus longue que la première et qui serait souvent difficile à pratiquer lorsque la rate volumineuse a sa capsule épaissie et confondue avec les tissus voisins. Détruire ces adhérences serait s'exposer à une hémorragie difficile à arrêter et d'autant plus tenace que le malade est un hépatique.

Plutôt que l'enfouissement de la rate, nous comprenons la splénopepie que fit Bunge avec succès (obs. 66). En résumé, peut-être fera-t-on bien, comme le conseille Schiassi, d'exécuter la cystopexie si la vésicule biliaire se présente facilement et si en intervenant sur elle on ne nuit pas à l'omentopexie, ce qui pour nous sera exceptionnel. Quant aux autres organes, leur fixation compliquerait inutilement l'opération.

Faut-il s'efforcer de provoquer par avivement des adhérences entre le péritoine viscéral des organes abdominaux et le péritoine pariétal avant de faire l'épiplopie? Si nous comparons les observations, nous voyons que dans les premières, le chirurgien prend bien soin de frotter

avec une compresse ou une éponge la surface externe du foie, de la rate et les parties du péritoine pariétal situées en regard, tandis que dans les plus récentes, il n'est presque plus question de ces manœuvres : Pascale, Schiassi s'en abstiennent. C'est là, pensons-nous, avec notre maître le professeur Terrier, une très sage mesure.

Il importe de diminuer autant que possible les causes d'infection. Celle-ci surviendra d'autant plus facilement que le malade est en état de moindre résistance par le fait de l'affection hépatique. Il faut donc toucher le moins possible aux viscères et au péritoine et causer le minimum d'hémorragie. Peut-être ces frictions et ces grattages sont-ils cause de la perte des malades morts de péritonite ou de ce que les auteurs appellent shock. Nous n'insisterons pas sur ces faits, nous [r]appellerons seulement que si la plupart des partisans de ce mode opératoire se servent d'éponges ou de compresses, d'autres ne craignent pas d'utiliser une curette ou même une épingle. Notons encore que deux auteurs japonais Ito et Orimi ont proposé de provoquer des adhérences entre les anses intestinales et la paroi en faisant un tamponnement temporaire de toute la cavité abdominale avec de la gaze stérilisée. La plupart des chirurgiens hésiteront d'une part à traiter l'intestin avec violence; d'autre part à laisser des mèches dans l'abdomen sans rigoureuse utilité.

Est-il besoin de gratter la région du péritoine pariétal à laquelle on va attacher l'épiploon? Une telle manœuvre ferait saigner; de plus, elle n'est pas nécessaire à en juger par les observations comme la nôtre où la simple

épiplopie amena rapidement la formation d'adhérences vasculaires. Il nous reste un dernier argument à opposer à la pratique que nous étudions, c'est que si ces grattages provoquent, ce qui est facile, une infection légère, les adhérences seront surtout fibreuses et les vaisseaux y seront peu abondants et de petit calibre.

§ 2. — **Temps principal.**

Mais ce sont là des manœuvres complémentaires; l'épiplopie est le temps principal, quel que soit le procédé employé. Avant de décrire ces procédés, examinons quatre points d'une grande importance;

- 1° L'anesthésie ;
- 2° La façon d'évacuer le liquide.
- 3° Le choix des fils.
- 4° Le drainage.

Anesthésie. — L'anesthésie générale a d'abord été employée exclusivement. C'est l'an dernier, dans les communications de Frazier et de Roberts ainsi que dans les observations italiennes que l'on parle d'anesthésie locale.

Nous laisserons l'éther. Il semble peu favorable aux cirrhotiques qui ont le plus souvent des lésions pulmonaires et des troubles respiratoires. Mearthur dit l'avoir employé avec appréhension.

Le chloroforme paraît préférable mais certains auteurs emploient l'anesthésie locale. Celle-ci ne suffit pas toujours à empêcher toute souffrance; le malade assiste à l'opération, il fait même des efforts pouvant gêner le chirurgien.

Mais on répondra qu'on est en présence de malades la plupart du temps alcooliques souvent albuminuriques et très déprimés. Dans nos 2 derniers cas, les malades eurent un très mauvais sommeil. La période d'excitation se prolongea longtemps; le soir et le lendemain les troubles respiratoires s'étaient aggravés. Nous comprenons donc que Frazier ait préconisé l'emploi de la cocaïne; elle peut suffire dans cette opération simple et elle peut être moins grave que le chloroforme. Rappelons cependant le cas de Frazier où il fallut endormir le patient au cours de l'intervention.

En lisant les observations de Pascale on voit le chirurgien quitter le chloroforme pour l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle; il l'emploie dans 4 cas, ce qui étonne quand on songe à la légère anesthésie que produit cet agent.

Façon d'évacuer le liquide. — La meilleure façon d'évacuer le liquide est celle dans laquelle on met le moins les mains dans la cavité péritonéale. Pour nos malades, on a procédé de la façon suivante : le malade est couché sur la table à laparotomie. Lorsque la paroi est ouverte, on fait incliner le plan de façon à rendre le bassin légèrement décline. De cette façon une partie du liquide s'échappe sans que l'on touche au péritoine. Mais il reste une grande quantité de liquide, que l'on évacue facilement au moyen de l'aspirateur dont on se sert pour les kystes de l'ovaire. Le manchon de l'aspirateur est promené successivement dans tous les points tandis qu'un aide fait l'aspiration. On peut au besoin, avec une compresse aseptique mise au bout d'une pince, retirer les dernières gouttes de liquide; mais retirer complètement le liquide ascitique serait difficile, ensuite ce serait inutile. Si le malade guérit, cette quantité de

liquide se résorbera ; si l'ascite se reproduit, ce n'est pas ce peu de liquide qui fera nécessiter plus rapidement une ponction. Packart et Le Conte emploient un procédé semblable avec cette différence qu'ils se servent pour l'évacuation d'une incision sus-pubienne qui nous paraît superflue. Certains chirurgiens ont pratiqué avant l'opération une ponction évacuatrice. Cette ponction est inutile, puisque la laparotomie permet une issue rapide et plus complète du liquide. Au contraire, une ponction sera nécessaire après l'opération, si l'ascite se reproduit.

Le choix des fils. — Dans cette opération comme dans toute autre, chacun a ses préférences. Dans nos 3 observations on a employé la soie fine ; d'autres se servent de catgut, Rolleston et Turner se sont servis de tendons de kangourou.

Drainage. — Il n'y a pas à drainer la cavité abdominale après l'omentopexie. Plusieurs chirurgiens ont drainé, les uns pour empêcher l'infection, les autres pour évacuer le liquide ascitique au fur et à mesure de sa production. Un drain n'a pas sa raison d'être dans une opération aussi aseptique que l'omentopexie ; il ne peut être qu'une voie d'appel pour les microbes qui trouvent dans le liquide ascitique un excellent milieu de culture. C'est ainsi que nous voyons l'infection survenir dans plusieurs cas où le drainage a été employé :

Weir rapporte une observation où il rend le drainage responsable de la mort de son malade. Bunge attribue une mort (obs. 67) à une péritonite survenue à la suite d'une colpotomie postérieure pratiquée pour drainer le péritoine.

A côté des grandes chances d'infection que fait courir le

drainage, il prédispose à l'éventration, comme on peut s'en convaincre en lisant l'observation 4 de Drummond et Morison. Lorsqu'on a remarqué l'épaisseur très faible de la paroi des ascitiques, il n'y a pas à s'étonner d'une telle complication qui doit se produire si on ne ferme pas complètement le ventre. Enfin un drainage laissant complètement et constamment le péritoine à sec causerait des troubles graves. On sait avec quel soin après une paracentèse on évite l'issue de liquide par l'orifice de la ponction. Hannot faisait souvent faire un point de suture, disant que la prolongation de l'écoulement affaiblissait le malade. MM. Gilbert et Garnier ont décrit sous le nom d'anémie séreuse « une anémie qui procède essentiellement par poussées successives qui suivent les paracentèses abdominales : elle est due à l'abondante exsudation de sérum qui se fait alors dans la cavité péritonéale, surtout si le péritoine a été mis à sec. » Le drainage nous paraît pouvoir jouer le rôle de ces ponctions successives par lesquelles les malades « maigrissent, perdent leurs forces comme si on leur pratiquait de véritables saignées rouges ». Ce dernier argument s'oppose surtout à un drainage prolongé, et c'est probablement parce que leur drainage a été de courte durée que Drummond et Morison ont pu avoir malgré lui quelques résultats remarquables.

§ 3. — Manuel opératoire

On pourrait classer les différents procédés d'épiploplexie d'après la direction de l'incision de la paroi :

Certains chirurgiens pratiquent une incision le long du rebord des fausses côtes ; d'autres sur le bord externe du droit ; la plupart incisent sur la ligne médiane plus ou moins haut ; c'est là une division sans valeur ; il est plus intéressant de classer les procédés comme l'a fait Villar, d'après le plan de la paroi auquel on suture l'épiploon.

On a suturé l'épiploon :

1° Entre le foie et le diaphragme ;

2° Sous la peau de la paroi abdominale ;

3° Entre la face externe du péritoine pariétal et la couche musculaire de la paroi abdominale ;

4° Au péritoine pariétal seul.

1° Suture de l'épiploon entre le foie et le diaphragme. —

Le premier procédé est celui de Rolleston et Turner. Ces auteurs, après avoir pratiqué une incision oblique au niveau du bord antérieur du foie, suturent à la fois l'épiploon, le péritoine pariétal et le bord hépatique en ayant soin d'insinuer entre le diaphragme et la face convexe du foie le grand épiploon. Ils prétendent que le foie saigne peu à la piqure et que des adhérences vasculaires s'obtiennent ainsi très facilement.

2° Suture de l'épiploon sous la peau de la paroi abdominale.

— Nous trouvons dans le travail de Pascale qu'il fit sa première opération en suturant à la face profonde de la peau le grand épiploon.

Il regretta d'avoir procédé ainsi. A l'autopsie du malade, il trouva une adhérence parfaite de l'épiploon à la peau ; les vaisseaux épiploïques n'étaient pas très développés et au microscope il y avait, dit-il, plus de tissu fibreux que de vaisseaux.

3° Suture de l'épiploon entre la face externe du péritoine pariétal et la couche musculaire de la paroi abdominale. — Nous avons déjà parlé du procédé de Schiassi. Ce procédé, publié dans la *Semaine médicale* du 1^{er} mai 1901, a été accepté par plusieurs chirurgiens, par Villar en particulier, qui en donne une appréciation très élogieuse. Nous reproduisons la description précise que donne l'auteur du procédé :

1^{er} TEMPS. — *Incision de la paroi.* — On trace sur le prolongement de la ligne mamelonnaire droite une incision para-hépatique verticale, longue de 15 à 20 centimètres, qui commence au niveau du rebord costal et se dirige vers la fosse iliaque ; une seconde incision perpendiculaire à la première s'amorce sur celle-ci à l'union de son tiers moyen et va se terminer à l'épigastre à quelques centimètres au delà de la ligne médiane.

Après avoir incisé ainsi la peau, on sectionne de même le fascia et les muscles et on ne s'arrête qu'au péritoine pariétal.

2^e TEMPS. — *Ouverture de la cavité abdominale.* — On saisit le péritoine entre deux pinces à dissection et on y pratique au bistouri une petite boutonnière qui permet au liquide de s'écouler lentement. Ceci fait, on sépare d'avec le péritoine les deux lambeaux triangulaires musculo-cutanés précédemment délimités, et on les rejette l'un vers le haut, l'autre vers le bas où ils sont maintenus par deux pinces de Kocher, puis on ouvre la séreuse suivant les lignes d'incision des téguments. A ce moment, on examine soigneusement le foie (surtout au niveau du hile) ainsi que les autres viscères abdominaux, et l'on vérifie l'existence des indications opératoires.

3^e TEMPS. — *Extériorisation du grand épiploon.* — On attire alors dans la plaie transversale la plus grande quantité possible d'épiploon, et on suture tout autour le péritoine par des points séro-séreux détachés en ayant grand soin de ne pas comprendre de vaisseaux dans les anses du fil. Un large lambeau épiploïque est ainsi rendu extra-péritonéal.

4^e TEMPS. — *Fixation du grand épiploon entre les muscles abdominaux et le péritoine.* — La portion d'épiploon que l'on vient d'isoler est étalée entre les muscles de la paroi et le péritoine et frottée avec un tampon de gaze imbibée de la solution de sublimé au millième, afin de détruire le revêtement endothélial et de favoriser de la sorte la formation d'adhérences ; mais ces frictions doivent être légères afin qu'il ne se produise pas des adhérences trop solides : celles-ci loin d'activer le développement des vaisseaux de nouvelles formations y porteraient obstacle. Puis, les extrémités du lambeau épiploïque sont fixées au moyen de deux ou trois points de catgut.

5^e TEMPS. — *Suture des lambeaux musculo-cutanés.* — On procède enfin à la suture à deux étages des lambeaux musculo-cutanés ; j'emploie généralement pour la réunion des muscles et du fascia du catgut un peu fort et je fais des points assez rapprochés ; la peau est suturée à la soie n° 5. Tout drainage me paraît inutile.

4^e Suture de l'épiploon au péritoine pariétal seul. — Il nous reste les procédés dans lesquels l'épiploon a été suturé au péritoine pariétal seul. C'est le procédé qui a été exécuté par notre maître M. le professeur Terrier et par nous.

Comme nous l'avons dit, le malade est endormi au chloroforme et il est placé sur le plan incliné en position horizontale d'abord.

La paroi abdominale est lavée à l'eau et au savon, puis au sérum stérilisé. Des compresses de toile sont placées et limitent le champ opératoire.

1^{er} TEMPS. — *Incision.* — L'incision que nous faisons est une incision médiane longue de 10 à 14 centimètres. Cette incision est en même temps sus-ombilicale et sous-ombilicale. Elle passe à 2 ou 3 centimètres à gauche de l'ombilic. La nécessité de se servir de la région ombilicale est démontrée par Pascale qui propose de réséquer la cicatrice ombilicale. En effet, la région ombilicale est très vasculaire. C'est autour de l'ombilic qu'existent le plus grand nombre d'anastomoses veineuses entre le territoire de la veine cave supérieure et de la veine cave inférieure. C'est au voisinage de l'ombilic que prennent naissance les veines du groupe parombilical. C'est encore autour de l'ombilic que se développe habituellement la circulation sous-cutanée supplémentaire dont les vaisseaux vus par transparence forment souvent ce qu'on l'on désigne sous le nom de tête de méduse.

Tout conduit à chercher la formation de vaisseaux dans cette région. Mais nous ne trouverons pas d'avantages à réséquer l'ombilic. Au contraire, en réséquant l'ombilic, on risque de couper, nous l'avons vu en opérant, de gros vaisseaux qui peuvent servir à la formation de vaisseaux nouveaux. Il est un cas où la résection de l'ombilic sera indiquée : c'est si l'anneau est très dilaté et si une hernie paraît à craindre.

L'observation 29 de Clémenti montre qu'il ne faut pas faire l'incision de la paroi sans précaution, même quand il y a une ascite considérable ; l'épiploon était adhérent à la paroi et il fut impossible et inutile d'en faire la suture. En incisant successivement les différents plans, on aura soin de faire une hémostase aussi complète que possible ; la paroi saigne beaucoup en général, les vaisseaux sont dilatés et donnent particulièrement quand on fait la section du péritoine : celui-ci sera repéré avec trois ou quatre pinces de chaque côté, ce qui facilitera les manœuvres ultérieures.

Des compresses seront placées sous les pinces de façon à limiter le champ opératoire à l'ouverture abdominale.

2^e TEMPS. — *Évacuation du liquide.* — Nous avons déjà dit qu'il fallait procéder doucement, abaisser le bassin plutôt que de l'élever sur le plan incliné, se servir d'un aspirateur à kyste de l'ovaire et en dernier lieu de compresses tenues au bout de pinces.

3^e TEMPS. — *Examen des viscères.* — On place un écarteur de chaque côté de façon à voir les différents organes. Il importe d'examiner d'abord le foie pour vérifier le diagnostic. Il faut se rendre compte de son volume, de sa forme, de son aspect généralement granuleux et clouté. Nous rappellerons que dans nos deux dernières observations l'aspect était tout différent. Dans l'une, foie, rate, estomac étaient adhérents comme dans un cancer avancé de l'estomac ; dans l'autre, les organes étaient bien séparés, la capsule de la rate était moins épaisse, le foie était brun et non blanchâtre. Le diagnostic fait, il faut étaler l'épiploon. Cette manœuvre est rarement difficile. Dans un cas de Pascale où l'épiploon était dur, sclérosé, en corde, elle fut impossible : c'est un

fait exceptionnel dont on a beaucoup exagéré la fréquence. Par des tractions douces on placera l'épiploon sur les anses intestinales en regard de l'ouverture pariétale. Il est nécessaire de l'étaler non seulement de haut en bas mais transversalement en regardant le côlon qui ne doit être ni abaissé ni coudé.

4^e TEMPS. — *Sutures.* — L'épiploon étalé il faut faire des sutures à droite, à gauche et dans l'angle inférieur de la plaie. Chaque suture est effectuée avec l'aiguille courbe de Reverdin en deux temps. Dans un 1^{er} temps, on passe le fil dans le péritoine pariétal ; pour cela, on fait tirer par l'aide les pinces qui tiennent le péritoine pariétal de façon à avoir sous les yeux sa face viscérale. L'aiguille est passé à 3 ou 4 centimètres de la lèvre péritonéale suivant la largeur de l'épiploon sont-jacent. Elle entre par la face viscérale, sort par la même face prenant très peu de tissu, suffisamment pour qu'il ne se produise pas de déchirure.

Dans le 2^e temps l'aiguille est piquée dans l'épiploon et prend un des bouts du fil déjà passé dans le péritoine pariétal. Il faut choisir un endroit de l'épiploon sans vaisseaux apparents pour ne pas causer d'hémorragie : on est en présence des deux chefs du fil ; il reste à faire deux nœuds successifs que l'on serrera sans force pour ne déchirer ni l'épiploon ni le péritoine pariétal.

5^e TEMPS. — *Suture de la paroi.* — Cette suture doit être particulièrement soignée tant à cause de la flaccidité de la paroi que des hémorragies qui se produisent facilement chez les hépatiques. En faisant la suture du péritoine par points séparés on peut reprendre l'épiploon. Nous croyons cette manœuvre utile pour ne pas laisser une cavité trop

grande entre l'épiploon et la paroi. En reprenant l'épiploon, certains chirurgiens le font passer entre les points de suture de façon à le mettre en rapport, soit avec la ligne blanche, soit avec la peau. On peut également le reprendre sans le faire émerger en dehors du péritoine ce qui empêche tout espace mort et ne met pas l'épiploon en contact avec du tissu fibreux.

Procédé de Pascale. — Pascale, qui a pratiqué le plus grand nombre d'opérations pour cirrhose insiste tout particulièrement sur cette façon de reprendre l'épiploon. Nous résumons la description qu'il donne de son procédé :

1° Laparotomie médiane et ablation de la cicatrice ombilicale. Evacuation du liquide, sans chercher à vider complètement la cavité péritonéale ;

2° Dénudation des muscles droits par dissection du péritoine et du tissu fibreux adjacent ;

3° Fixation de l'épiploon au dessous de l'ancienne cicatrice ombilicale et sur les côtés le plus loin possible de la ligne médiane en traversant toute l'épaisseur de la paroi.

4° Suture des bords de l'incision en attirant l'épiploon de façon à le comprendre entre les muscles déjà dénudés.

Valeur des procédés. — Parmi les différents procédés celui qui s'éloigne le plus du nôtre est celui de Schiassi. Bien qu'il ait donné à son auteur de beaux résultats, nous lui trouvons des inconvénients que ne présente pas la méthode intra-péritonéale.

« La raison pour laquelle dit Schiassi, je préconise une incision para-hépatique est que cette incision permet, ce qui est essentiel, d'examiner attentivement le foie et surtout la région du hile ; l'incision horizontale a pour but de

rendre possible un étalement large de l'épiploon sans que celui-ci ne soit ni tordu ni comprimé. »

Ce sont là pour nous de bien petits avantages : la paroi des ascitiques est souple, elle se laisse facilement écarter, et par une incision médiane et verticale, on peut faire un examen complet de la cavité péritonéale.

Cet écartement rend aisé également l'étalement du grand épiploon.

« On peut suturer avec soin et complètement le fascia, ce qui met à l'abri des éventrations. » (Schiassi.) Rien ne met autant à l'abri des éventrations qu'une suture au niveau de la ligne blanche ; à ce niveau il est facile de faire un plan fibreux soigné ainsi qu'une bonne suture péritonéale. On sait au contraire les inconvénients d'une incision transversale de la paroi que les chirurgiens évitent autant que possible.

Le dernier argument avancé par Schiassi c'est que les origines des veines mammaires internes et épigastriques se trouvent, non sous la peau mais dans la couche sous-musculaire. Cet argument suffit à faire rejeter l'enfouissement sous-cutané, mais non la suture à la face viscérale du péritoine. Les vaisseaux sous-péritonéaux sont superficiels, la suture intra-péritonéale les met presque en contact avec ceux de l'épiploon : rapidement ils s'anastomosent au niveau des adhérences ainsi que le démontre la figure annexée à nos observations.

§ 4. — Pansement. Soins consécutifs.

Il est utile de faire un pansement compressif serré comme après toute opération ayant évacué de l'abdomen une masse

liquide ou solide. Pendant la journée de l'opération et les jours suivants, il peut être utile de faire des injections de sérum artificiel. Une bonne précaution consiste à ne pas laisser la maladie dans le décubitus horizontal. Il faut l'asseoir pour éviter la congestion pulmonaire.

On retirera les fils cutanés au bout de huit à dix jours, pas trop tôt parce que la paroi des ascitiques est flasque et prête peu à une réunion rapide.

Si l'ascite se reproduit on fera une ponction et dans les observations on voit, tantôt l'ascite persister malgré les ponctions c'est la récurrence, tantôt disparaître après des paracentèses de plus en plus espacées.

§ 5. — **Complications opératoires.**

La plupart des morts attribuées à l'opération sont survenues à la suite de faiblesse progressive et de coma. Mais il en est un certain nombre qui sont attribuables à des complications. Les accidents consécutifs à l'opération atteignent tantôt tout l'état général, tantôt seulement l'abdomen : il y a donc lieu de distinguer les complications générales et les complications abdominales.

Complications générales. — Nous ne parlerons pas des pleurésies et des troubles cardiaques. Les premiers doivent peut-être leur fréquence aux lésions habituelles de la plèvre des cirrhotiques.

D'autres troubles plus intéressants sont ceux qui sont dus au passage du sang porte directement dans le système cave sans l'intermédiaire du foie. Nous voyons ces troubles

particulièrement caractérisés dans plusieurs observations.

Drummond et Morison ont les premiers insisté sur ces alternatives de dépression et d'excitation. Ils comparent ces troubles à ceux qui surviennent chez les animaux à qui on a fait la fistule d'Eck et ils font remarquer que des symptômes semblables existent parfois chez les cirrhotiques sans qu'à l'autopsie on constate de lésions du système nerveux. Ces troubles peuvent prendre d'autres formes : c'est ainsi qu'un malade de Schiassi présentait des sueurs profuses à la suite de l'ingestion d'aliments albuminoïdes.

D'ailleurs dans les différents cas où sont survenus ces symptômes, ils n'ont pas eu grande gravité. Il a suffi pour y mettre fin d'imposer au malade un régime sévère composé d'hydrates de carbone en excluant toute alimentation azotée.

Complications abdominales. — Une péritonite s'est plusieurs fois déclarée à la suite de l'omentopexie ; tantôt cette péritonite est le résultat de fautes opératoires ; tantôt elle est causée par le drainage. Nous nous sommes déjà opposé au drainage et à toute manœuvre susceptible de prolonger ou de compliquer l'intervention.

La hernie est encore facile à éviter : Bunge la craint particulièrement dans la fixation extra-péritonéale et nous pensons comme lui. Une incision médiane suivie d'une suture en étages de la paroi permet d'obtenir une bonne cicatrice surtout s'il ne se produit pas de suppuration.

L'observation de Franke doit nous mettre en garde contre un autre accident : Chez un de ses malades survinrent des symptômes de sténose pylorique. A l'autopsie, on trouva une coudure du côlon transverse par l'épiploon trop tendu.

Cet épiploon, ramassé au lieu d'être étalé, comprimait le duodénum. Nous ne nous rangeons pas à l'avis de Franke qui se demande si pour éviter cette complication la suture de la rate ne serait pas préférable à celle de l'épiploon. Nous avons vu qu'il faut étaler cet organe et se garder de trop le tendre. Ainsi on évitera la coudure et la compression de l'intestin.

Enfin à la suite de l'opération, Pal a remarqué des hématomèses d'ailleurs passagères qu'Eiselberg explique par une embolie rétrograde. Une malade de Pascale (obs. 23) eut une enterrorragie 7 jours après l'intervention. Ces complications sont exceptionnelles et nous nous demandons s'il n'y a pas coïncidence et s'il faut expliquer ces hémorragies par l'omentopexie.

OBSERVATIONS

Les 109 observations (dont 3 personnelles) qui suivent ne sont pas les seules qui existent sur l'omentopexie. Nous laissons de côté toutes les observations ne se rattachant pas aux cirrhoses, telles que celles où l'épiplopexie est pratiquée pour tumeur abdominale, kyste du foie, maladie de Bianti, péritonite tuberculeuse, etc... Nous ne donnons pas non plus les 5 observations récentes d'Ito et Ormi. L'un des malades fut guéri d'une affection qui ressemble plus à une péritonite tuberculeuse qu'à une cirrhose. Quant aux 4 derniers malades, ils étaient extrêmement bas avant l'opération et présentaient avec la cirrhose d'autres maladies très graves.

Récemment, notre maître M. Schwartz a pratiqué 3 omentopexies pour cirrhose atrophique avec ascite. Dans 2 cas, les malades sont morts ; ces malades urinaient peu et étaient très affaiblis. Chez le troisième malade après quelques ponctions, l'ascite ne s'est plus reproduite et l'état général est devenu très bon. L'observation est encore trop récente pour que l'on puisse en tenir un compte absolu.

Ces 109 observations ne sont pas toutes copiées in extenso dans les auteurs. Dans un certain nombre nous avons

supprimé particulièrement les longues descriptions de ponctions faites avant et après l'opération et nous nous sommes contentés d'en donner le nombre.

OBS. 1. (VAN DER MEULEN, 27 décembre 1889). — *Omentopexie pour cirrhose hépatique. Mort.*

La malade mourut quelques heures après l'opération, probablement à la suite du shock opératoire.

OBS. 2 (SCHELKLY, 1891). — *Omentopexie pour cirrhose hépatique. Mort.*

Les suites post-opératoires paraissent suivre un cours normal lorsque, quinze jours après l'opération, dans un accès de *delirium tremens*, le malade arrache son pansement et succombe d'une péritonite. Une circulation collatérale supplémentaire s'était déjà développée.

OBS. 3 (LENS, 1892). — *Cirrhose atrophique du foie. Omentopexie. Mort 3 mois et demi après.*

J. Nègre, âgé de 61 ans, soigné médicalement du 5 avril au 2 mai pour cirrhose atrophique du foie, revient le 29 mai faible et dyspnéique.

Opération le 6 juin. — Incision de 7 à 8 centimètres parallèle à la ligne blanche, à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic. On attire l'épiploon au dehors et on le suture entre les lèvres du péritoine pariétal. L'ascite se reproduit rapidement, et on fait six ponctions successives de plus en plus éloignées. Une circulation collatérale s'était développée. Le malade meurt à la suite d'un affaiblissement progressif le 24 novembre.

Autopsie. — La région ombilicale est très vasculaire ; le pli épiploïque adhère à la cicatrice et des vaisseaux veineux vont de l'épiploon au péritoine pariétal. Foie petit. Rate grosse.

OBS. 4 (DRUMMOND et MORISON, 1896). — *Cirrhose hépatique.*
Omentopexie. Guérison avec éventration.

Femme, âgée de 39 ans, a, depuis 1893, des vomissements et de l'ictère. Deux semaines après la fin de son ictère, son abdomen augmente de volume. On lui fait quatre ponctions successives ; en octobre 1893, elle est très faible, les jambes sont œdématisées et l'abdomen distendu.

Le 22 octobre 1893, laparotomie médiane ; on frotte le péritoine pariétal avec une éponge, ainsi que le foie et la rate. Suture du grand épiploon à la paroi abdominale ; un tube de verre est laissé dans le cul-de-sac de Douglas ; pour établir un contact intime entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, on applique depuis l'épigastre jusqu'au drain, de larges bandes adhésives. Rapidement la malade recouvre une bonne santé, et dix-huit mois après l'opération on la présente à la *British Medical Association* en bonne santé, mais présentant une hernie ventrale.

Dans la *Lancet* du 27 mai 1899, Morison écrit que la hernie augmenta beaucoup à la suite d'accès de toux et qu'il pratiqua l'opération le 5 octobre 1897 ; deux jours après, elle succomba dans le coma.

A l'autopsie, Richardson enlève les viscères abdominaux, injecte leurs vaisseaux par le trou de la veine porte et constate que de gros vaisseaux existent dans les adhérences développées à la suite de l'opération. Le foie présente des lésions typiques de cirrhose avec dégénérescence graisseuse avancée.

OBS. 5 (DRUMMOND et MORISON, 1896). — *Cirrhose hépatique.*
Omentopexie. Amélioration. Mort 19 mois après l'observation.

Mme S.... 42 ans. Au commencement de 1893 s'aperçoit que ses pieds et ses jambes sont enflés ; bientôt son abdomen augmente de volume. Première ponction en mai 1893. De mai en août, 48 ponctions successives donnant chaque fois 6 litres de liquide. Le 30 août 1894, entre à l'hospice royal de Newcastle dans le ser-

vice du docteur Morison. A son entrée dans le service, la malade est faible, très amaigrie, et son abdomen est distendu par l'ascite. Un an avant l'augmentation de son abdomen, elle a souffert de troubles dyspeptiques. Pas d'antécédents alcooliques malgré la recherche la plus minutieuse.

Opération le 3 septembre 1894. — Incision de l'abdomen entre l'ombilic et le pubis. Le foie est hypertrophié, pâle, lisse et de consistance normale. Il adhère aux autres viscères. Même conduite que dans l'observation suivante.

Suites de l'opération. — Le drain fut enlevé au bout de 14 jours et la malade retourne chez elle l'abdomen encore distendu. A partir de cette époque jusqu'à sa mort, dix-neuf mois après l'opération, elle fut ponctionnée 69 fois. Il n'y eut pas de nécropsie.

Le docteur Blair a bien voulu nous communiquer la note suivante : « L'opération a exercé sur la santé de la malade une influence heureuse. Elle-même l'a souvent remarqué. A son retour de l'hôpital son état général s'est rapidement amélioré. Son appétit était excellent et elle se sentait bien portante en dehors de la rapide formation d'ascite après chaque ponction. Malheureusement, des crises de diarrhée et de vomissement ne tardèrent pas à apparaître, de plus en plus fréquentes, et la malade s'affaiblit rapidement. Elle fut emportée par une hémorragie foudroyante. »

OBS. 6 (MORISON, 1897). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie. Guérison.*

Un homme, âgé de 42 ans, me fut envoyé en janvier 1897 par M. G. Longbotham de Middlesbourg. Il se plaignait de l'augmentation de volume de son abdomen. Huit semaines auparavant, il avait été obligé de quitter ses affaires à cause de sa faiblesse. Après les repas, il avait de pénibles sensations d'étouffement, et son ventre augmentait rapidement de volume. En dehors de trois attaques de pneumonie toujours dans le poumon gauche, il n'y a rien à noter ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels.

Il paraît avoir toujours été sobre. Les bras, les jambes et le tronc sont œdématiés depuis le commencement de l'affection. L'abdomen est tendu et volumineux et présente les signes d'un grand épanchement.

On ne peut délimiter la matité hépatique. La rate, très augmentée de volume, forme une tumeur remplissant l'hypocondre gauche. Je demandai à M. Drummond de voir le malade. Il conclut que l'ascite et la tuméfaction splénique sont dues à une cirrhose du foie qu'il faut opérer.

Opération le 12 janvier 1897. Anesthésie au chloroforme. Incision entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde suffisante pour laisser passer l'index. Le foie était dur et clouté ; le diagnostic n'était pas douteux. J'agrandis l'incision et, avançant ma main le long de la paroi abdominale, je pus faire, à 3 pouces au-dessus du pubis, une contre-incision me permettant d'introduire dans le cul-de-sac de Douglas un drain en verre. Neuf litres de liquide furent évacués. Par l'ouverture supérieure on vit le foie offrant l'aspect caractéristique de la cirrhose alcoolique, mais son volume n'était pas aussi diminué que nous aurions pu le croire. La rate présenterait à peu près 6 fois son volume normal.

Après avoir vidé et séché avec des éponges la cavité péritonéale en insistant sur la face antéro-supérieure du foie, la face externe de la rate, les circonvolutions intestinales et le péritoine pariétal, l'épiploon fut suturé à ce dernier. La plaie pariétale fut fermée ensuite par des sutures superficielles et profondes. Les jours suivants on pratiqua fréquemment l'aspiration par le drain qui est enlevé le 28. Durant les quelques jours qu'il resta à Newcastle, le malade présenta une grande dépression mentale. De retour chez lui, cet état augmenta pendant trois semaines, le malade étant alternativement déprimé et énervé. Ce point mérite d'attirer l'attention. Le docteur Drummond a déjà présenté à la Société Northumberland des cas de cirrhose hépatique compliquée de troubles nerveux particuliers sans lésions des centres nerveux à l'autopsie. Dans ces cas, la cirrhose était avancée ; il n'y avait pas d'ascite, mais la veine de Sappey reliant la veine porte à la cir-

culatlon générale était dilatée. M. Drummond explique ces phénomènes par l'introduction dans la circulation générale de toxines qui ne seraient pas retenues par le foie.

Notre malade fut plusieurs fois guéri d'un coma, apparemment sans espoir, par l'administration d'un purgatif. Dix mois après l'opération, il fut présenté à la Société médicale de Northumberland. Il était en excellente santé. La rate quoique considérablement diminuée était facilement appréciable. Il n'y avait pas trace d'ascite.

La dernière fois que j'entendis parler de ce malade, ce fut en janvier 1899. Une Compagnie d'assurance bien connue m'écrivit pour me demander des renseignements sur la nature de l'opération pratiquée deux ans auparavant. Le médecin consultant de la Compagnie avait classé sa vie comme une vie de premier ordre.

OBS. 7 (MORISSON, 1897). — *Cirrhose hépatique. Omentopexie. Mort.*

Dans un autre cas, j'ai fait l'opération pour la cure de l'ascite et, quoique le cas ne soit d'aucune valeur pour affirmer l'efficacité de la méthode, je pense néanmoins devoir le mentionner.

La malade, âgée de 54 ans, me fut envoyée dans un état très grave. Elle avait une énorme distension de l'abdomen, augmentant depuis un an. Depuis 3 semaines, elle gardait le lit. Autrefois elle avait eu une pneumonie et une bronchite ; depuis un an elle porte une hernie ombilicale.

Le 5 mars 1897, les jambes étaient enflées, l'ascite était abondante et l'urine contenait de l'albumine.

Le 6, je retirai par ponction 20 litres de liquide ; mais l'abdomen restait volumineux ; je pensais qu'il pouvait exister une tumeur ronde, élastique, perceptible à la palpation.

Le 11, j'ouvris l'abdomen et je trouvais une grande quantité de liquide et un volumineux kyste multiloculaire. L'incision fut faite sur l'ombilic et le sac herniaire qui furent réséqués. Après avoir séparé l'épiploon adhérent, on trouva la tumeur sur l'ovaire gauche,

enfouie dans le ligament large et qu'il fallut énucléer péniblement. Le foie était cirrhotique ; la rate et les vaisseaux épiploïques dilatés. L'épiploon fut suturé à la paroi et l'abdomen fermé sans drainage.

La malade fut très bien pendant une semaine, au bout de laquelle elle eut une crise de diarrhée avec vomissements, et mourut dans le coma 11 jours après l'opération.

Après la mort, notre opinion fut confirmée. Les deux reins étaient atteints de sclérose avancée, et étaient de volume normal, mais granuleux à la surface. Pas de complication chirurgicale, la mort semble due à la lésion des reins.

OBS. 8 (W. EDWARD, 1897). — *Cirrhose hépatique. Omentopexie. Mort.*

La mort survint plusieurs mois après l'opération, et l'autopsie montra une adhérence généralisée du péricarde avec dégénérescence calcaire.

OBS. 9 (TALMA, 1898). — *Cirrhose hypertrophique du foie. Omentopexie. Enfouissement de la rate dans la paroi abdominale. Guérison.*

Enfant âgé de 9 ans. Entre le 16 janvier 1896 dans la clinique. Depuis 8 jours il éprouve des douleurs abdominales ; en même temps, il a dans les urines de l'albumine, des cylindres et du sang. Il présente de l'ascite. Le cœur est hypertrophié. Les jambes, la face et les mains sont œdématisées. Une ponction donne issue à 1.750 centimètres cubes d'un liquide séreux de poids spécifique 1009. On fait le diagnostic du mal de Bright de cause inconnue, le malade n'ayant jamais eu la scarlatine. On fait successivement quatre nouvelles paracentèses, mais les symptômes néphrétiques s'amendèrent tandis que l'épanchement péritonéal persistait. On fait le diagnostic de cirrhose du foie.

Le 7, M le professeur Von Eisberg fait une incision parallèle au rebord droit des fausses côtes et suture à la paroi la vésicule

biliaire et l'épiploon. A la suite de cette opération l'ascite disparaît en même temps que de grosses veines apparaissent allant du niveau de la suture aux vaisseaux intercostaux. La rate s'hypertrophie de plus en plus. Le 2 juin 1896, Narath enfouit la rate entre la peau et les muscles de l'abdomen ; la plaie de la région splénique suppure longtemps et la rate diminue notablement. Le 19 août, le malade sort guéri.

En mars 1898, il revient très bien portant ; le bord hépatique est toujours dur et descend à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes. La rate a diminué et les veines sous-cutanées de l'abdomen sont très dilatées.

OBS. 10 (TALMA, 1898). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie. Guérison.*

H., 59 ans, non alcoolique, présente de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Le 15 octobre 1898, l'urine contient de l'urobiline et de l'indol ; le malade présente du délire. Le 15 octobre, meilleur état cérébral. Foie dur descendant à 6 centimètres au-dessous des fausses côtes.

Opération le 6 novembre, malgré la faiblesse du malade et le délire. On trouve les viscères très hyperhémisés ; on suture l'épiploon à la paroi. Les jours suivants, le malade présente des phénomènes cérébraux graves qui cessent au milieu de décembre. Les veines sous-cutanées se développent et le malade s'en va guéri.

OBS. 11 (NEUMANN, 1898). — *Cirrhose hypertrophique alcoolique. Omentopexie. Guérison.*

Mme H. M..., 45 ans, alcoolique. Très amaigrie, pas d'ictère, fièvre. Abdomen distendu. Ascite, pas de dilatations veineuses sous-cutanées. Le foie descend à 5 centimètres au-dessous des fausses côtes droites ; il est dur ou lisse. Rate hypertrophiée.

Opération le 2 novembre. Petite incision médiane au-dessous de l'ombilic. Ouverture du péritoine sur 4 centimètres. Evacuation du liquide ascitique. La surface du foie est lisse, sa consistance

ture. On gratte à la curette les parties du péritoine pariétal voisines de l'incision. Puis on saisit l'épiploon que l'on fixe à droite et à gauche et on le comprend ensuite dans la suture.

Guérison par première intention. Les veines apparaissent rapidement autour de l'ombilic.

1^{er} mai 1899. — La malade est en bonne santé, elle a augmenté de poids. Le foie dépasse de 4 centimètres le rebord des fausses côtes. Pas d'ascite. Dilatation des veines sous-cutanées abdominales.

OBS. 12 (ROLLESTON et TUNER, 1899). — *Cirrhose. Omentopexie.*
Amélioration.

Homme de 45 ans, entre le 22 juin 1899 à l'hôpital Saint-Georges, pour avoir vomi du sang dans les 48 heures précédentes. Il buvait habituellement trois ou quatre verres de bière par jour et avait eu la syphilis 27 ans auparavant.

La rate est hypertrophiée. Le foie paraît de volume normal. Trois semaines après l'admission apparaissent l'œdème des membres inférieurs et l'ascite. Le 31 juillet après l'évacuation de 16 litres de liquide par le paracentèse, M. Turner fait une incision de la paroi le long du rebord costal droit à un travers de doigt de celui-ci. Le foie est clouté, mais sans adhérence. Sa surface et celle du diaphragme sont nettoyées avec une éponge montée. Un tendon de kangourou est passé à travers le bord du foie, l'épiploon et le bord incisé du péritoine pariétal, de façon à intercaler l'épiploon entre le foie et le diaphragme. Le péritoine est ensuite refermé par un surjet au catgut, les muscles sont suturés par points séparés.

Le 27 août, le malade quitte l'hôpital en meilleure santé, la rate cependant encore hypertrophiée. De temps en temps, il s'est trouvé dans un état de dépression mentale sans cause apparente d'après ses dires. Le 31 décembre, il ne se plaint plus des tiraillements qu'il ressentait dans l'hypocondre droit avant l'opération. La matité splénique a diminué ; il reste cependant encore des traces d'ascite et de l'œdème des membres inférieurs.

OBS. 13 (ROLLESTON et TURNER, 1899). — *Cirrhose. Omentopexie. Récidive.*

Homme, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital Saint-Georges le 21 juin 1899, avec une ascite datant de 2 mois et un œdème des pieds ayant commencé il y a 2 semaines.

Depuis 4 mois, il a des vomissements, et le matin il souffre dans la région hépatique. La quantité d'urine est petite. Pas de syphilis. Il a bu du whisky et des grandes quantités de vin. L'abdomen est distendu et on évacue 18 litres de liquide. Douze jours après l'abdomen est de nouveau rempli. M. Turner intervient le 14 juillet.

Incision verticale sur la ligne semi-lunaire. Issue d'une quantité considérable de liquide ascitique jaunâtre et trouble. Le foie est cirrhotique nettement. On nettoie avec une éponge sa face supérieure ainsi que le diaphragme. Le bord du foie est fixé à la paroi abdominale par une suture au tendon de kangourou. La plaie est fermée aux crins de Florence en comprenant toute l'épaisseur des tissus. Le douzième jour après l'opération, on retira par paracentèse 16 litres de liquide. Depuis, le patient a été ponctionné 5 fois et le 20 septembre il était au lit avec un abdomen distendu et de l'œdème des membres inférieurs.

OBS. 14, 15 (TIRTORF, 1899). — *Cirrhose hépatique. Omentopexie.*

1^{er} cas. — Mort par péritonite aiguë.

2^e cas. — Mort 3 mois après l'opération.

Ces deux malades furent opérés en 1899 à l'hôpital Bachrons-chensky ; le deuxième malade, pendant les 3 mois de survie, subit 11 ponctions.

OBS. 16. — (BROWN, 1899). — *Cirrhose alcoolique. Omentopexie. Amélioration.*

U..., âgé de 43 ans, atteint d'ascite depuis une année, a subi plusieurs ponctions. Laparotomie sus-ombilicale. Suture de l'épi-

ploon au péritoine pariétal aux lèvres de la plaie. Guérison par première intention avec amélioration qui se maintenait 3 mois après l'opération.

OBS. 17. — (GRINON, 1900). — *Cirrhose hépatique. Suture de l'épiploon entre le péritoine et les muscles de la paroi. Guérison.*

F., 47 ans, atteinte d'ascite, a été ponctionnée 7 fois. Une laparotomie a permis de constater qu'il n'y avait ni cancer ni tuberculose. M. Grinon incise la paroi abdominale, dissèque le péritoine pariétal, l'incise à la hauteur de l'ombilic et fixe l'épiploon entre le péritoine pariétal et sa paroi. La malade est guérie. Elle présente une circulation collatérale accentuée. La quantité d'urine de 300 centimètres cubes est montée à 1 litre et demi par 24 heures.

OBS. 18-19. — (ROBERTS, 1900). — *Deux cas de cirrhose alcoolique avec ascite. Anesthésie par la cocaïne Amélioration.*

OBS. 20. — (COMMANDINI et SALVOLINI, 1900). — *Cirrhose atrophique de Laennec. Laparotomie. Omentopexie impossible. Récidive.*

F., âgée de 35 ans, atteinte depuis 3 ans d'ascite avec petit foie et bon état général. Laparotomie sus-ombilicale. L'épiploon est adhérent au péritoine pariétal. On ne peut pratiquer la fixation à cause de la « désagrégation » de l'épiploon. L'ascite se reproduit.

OBS. 21. — (COMMANDINI et SALVOLINI, 31 octobre 1899). — *Cirrhose avec ascite. Opération d'après la méthode de Morison. Mort 15 jours après.*

F., âgée de 39 ans, présentant une ascite énorme et une rate volumineuse. Opération sous chloroforme. Mort 15 jours après par marasme et péritonite.

OBS. 22. — (FRAZIER, 16 mai 1900). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie. Guérison.*

Le malade entre à l'University Hospital le 16 mai 1900. Syphilis en 1882. Le cœur est dilaté et un souffle systolique s'étend dans toute la région précordiale. Le foie et la rate sont hypertrophiés. Urines : densité, 1.019. Réaction : acide : traces d'albumine : 4 paracentèses sont pratiquées.

Opération le 23 juillet 1900. — J'avais l'intention de pratiquer l'opération à l'aide de l'anesthésie locale, mais après l'ouverture de la cavité péritonéale, les douleurs furent si grandes qu'il fallut donner l'éther. Après avoir frotté avec un tampon de gaze le péritoine pariétal, l'épiploon épaissi et rétracté est fixé au péritoine pariétal et aux lèvres de la plaie. Pas de drainage. La convalescence fut rapide ; on fit depuis 2 paracentèses, mais le liquide ne s'est plus reproduit, et le malade ne suit plus aucun traitement.

OBS. 23. — (SCHIASI, 1900). — *Cirrhose nodulaire. Omentopexie par le procédé de l'auteur. Amélioration.*

Jeune homme de 23 ans, affecté depuis l'âge de 13 ans d'une cirrhose nodulaire infectieuse, accompagnée d'une ascite qui se reproduisait aussitôt évacuée. L'auteur pensa qu'un des nodules de sclérose devait comprimer une des grosses ramifications de la veine porte, ou que peut-être le tronc veineux lui-même avant son entrée dans le foie était le siège d'une thrombose. Après l'opération, la sérosité se reforma en telle abondance qu'au 5^e et au 6^e jour elle transsuda à travers la plaie opératoire. Néanmoins, la cicatrisation se fit bien, et actuellement le sujet, qui ne pesait avant l'opération que 54 kilogrammes malgré l'ascite, pèse 66 kilogrammes.

A signaler qu'entre la 3^e et la 4^e semaine avant l'opération, cet individu fut pris, à la suite de l'ingestion d'aliments albuminoïdes, de dyspnée, d'angoisse, de sueurs profuses ainsi que d'une légère élévation de température. Des accidents semblables ont été signa-

lés chez les chiens porteurs de la fistule d'Eck. Ils disparurent avec un régime surtout hydrocarboné. Vers la même époque la sécrétion urinaire augmenta jusqu'à 3.500 centimètres cubes par jour.

OBS. 24. — (SCHIASSI, 1900). — *Cirrhose paludique, Omentopexie. Amélioration.*

Le cas pour lequel Schiassi n'employa pas son procédé fut celui d'une femme ayant une cirrhose paludéenne avec ascite abondante. Ici le résultat fut moins net, parce que l'épiploon ne fut pas suturé sous les muscles et parce que la cirrhose était déjà fort avancée quand on opéra. Néanmoins, l'amélioration fut notable et cette femme peut vaquer à ses occupations.

OBS. 25. — (SCHIASSI, 1901). — *Cirrhose cardiaque. Omentopexie par le procédé de Schiassi. Amélioration.*

H., atteint d'une symphyse péricardique ayant déterminé une cirrhose biveineuse par congestion passive. L'ascite était considérable. Aussitôt après l'opération le liquide se reproduisit; mais peu à peu, à mesure que la circulation complémentaire se développait, l'épanchement disparut. Il ne s'est pas formé depuis 2 ans.

L'amélioration est assez considérable pour que le malade goûte un bien-être qu'il ne connaissait plus.

OBS. 26. — (CLÉMENTI, 1900). — *Cirrhose hypertrophique avec péritonite chronique diffuse. Omentopexie. Récidive 8 mois après.*

H., 34 ans. A eu la malaria. Présente de l'ascite depuis 13 mois. Laparotomie médiane xipho-ombilicale. Le péritoine est râclé avec la curette de Volkman et de la gaze. L'épiploon est fixé par 6 points de suture au péritoine pariétal. Réunion par première intention. Récidive 8 mois après.

OBS. 27. — (CLÉMENTI, 1900). — *Cirrhose hépatique. Omentopexie. Récidive.*

F., 23 ans. Ni paludique, ni alcoolique, atteinte depuis 5 ans d'ascite. Laparotomie médiane xipho-ombilicale. Le péritoine est disséqué à trois travers de doigt de la plaie, et l'épiploon est introduit entre sa face externe et le reste de la paroi.

Le 10^e jour, l'ascite commençait à se reproduire ; la malade quitte l'hôpital.

OBS. 28. — (CLÉMENTI, 1900). — *Cirrhose hépatique hypertrophique. Omentopexie. Récidive.*

F., 43 ans. Atteinte d'ascite depuis 3 ans. Foie et rate augmentés de volume. Laparotomie sus-ombilicale. Foie très augmenté de volume et granuleux. On insinue l'épiploon entre le péritoine pariétal décollé et le reste de la paroi. L'ascite se reproduit et une ponction est nécessaire tous les 12 à 15 jours.

OBS. 29. — (CLÉMENTI, 1900). — *Cirrhose paludique atrophique. Laparotomie.*

Dans cette opération l'auteur, après laparotomie, referme l'abdomen sans rien faire, à cause des adhérences du grand épiploon au péritoine pariétal.

OBS. 30. — (CLÉMENTI, 1901). — *Cirrhose paludique. Omentopexie. Récidive.*

H., 45 ans. A commencé à avoir des fièvres paludéennes il y a 35 ans. On lui a déjà fait plusieurs paracentèses. L'ascite est considérable. Laparotomie. L'épiploon est insinué entre le péritoine pariétal et le reste de la paroi. L'ascite récidive rapidement.

OBS. 31. — (CLÉMENTI, 1901). — *Cirrhose atrophique paludique. Omentopexie. Mort 15 jours après l'opération.*

H., 42 ans. Ni alcoolique, ni syphilitique. A eu la malaria. La

cirrhose a commencé il y a 3 ans. On lui a fait de nombreuses paracentèses. L'ascite est très abondante, même procédé que dans les opérations précédentes. Le foie est petit, la rate est très grosse. La mort survient 15 jours après l'opération.

OBS. 32. — (RAFFA, 1900). — *Cirrhose hépatique atrophique. Omentopexie. Mort 11 mois après.*

H., âgé de 20 ans. A eu des fièvres paludéennes, présente de l'ascite, a un foie petit, une rate grosse. Anesthésie au chloroforme. Incision transversale de 20 centimètres dans la partie supérieure et droite de l'abdomen. Nettoyage à la gaze du péritoine pariétal et viscéral. Décollement du péritoine et suture de l'épiploon sous les muscles de l'abdomen. Pas de drainage. Mort 11 mois après l'opération.

OBS. 33. — (PASCALE, 23 octobre 1900). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie. Mort le 22^e jour.*

Cirrhose hépatique de cause incertaine chez un homme de 60 ans, avec diminution de la matité hépatique et légère augmentation de la rate. Œdème des membres inférieurs et du scrotum. Opération par le procédé de Talma. Laparotomie médiane. Le foie est granuleux, le péritoine est épaissi, la vésicule est épaisse, le grand épiploon est rétracté. On l'attire en dehors et on le comprend dans la suture des bords de la plaie. La mort survient le 22^e jour dans le marasme. Aucun changement n'était survenu dans les urines. A l'autopsie, on trouve un épiploon adhérent à la paroi, une rate adhérente et rétractée, des reins très hyperhémisés.

OBS. 34. — (PASCALE, 6 décembre 1900). — *Cirrhose atrophique (paludique). Omentopexie par le procédé de Pascal. Amélioration.*

H., 55 ans. Alcoolique, a eu la malaria, a déjà été ponctionné il

y a 9 mois. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Opération par le procédé de Pascale. Le foie est petit, granuleux. La rate est grosse. Avant l'opération le malade urine 800 grammes par jour. Il urine 1.230 grammes 5 mois après l'opération. Un an après, le malade est soulagé; l'œdème a disparu. Il n'a plus de dyspnée, mais l'ascite se reproduit.

OBS. 35. — (PASCALE, 7 janvier 1901). — *Cirrhose atrophique paludique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Mort au 13^e jour.*

H., 42 ans. Buveur. A été atteint de la malaria dont il présente les signes de cachexie. A de l'ascite depuis un an et demi. Opération par le procédé de Pascale. Foie réduit de volume, mamelonné, dur. Rate volumineuse. Vésicule épaisse. Épiploon rétracté. Mort 13 jours après l'opération. A l'autopsie, on trouve des adhérences multiples entre la face convexe du foie et la voûte diaphragmatique. L'épiploon est adhérent autour de la cicatrice.

OBS. 36. — (PASCALF, 15 janvier 1901). — *Cirrhose atrophique alcoolique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Mort au 10^e jour.*

H., 40 ans. Buveur. Est atteint d'ascite depuis 5 mois. Opération par le procédé de Pascale. Le foie est petit. La rate est grosse. L'épiploon est rétracté et présente peu de vaisseaux. Mort au 10^e jour. A l'autopsie, le grand épiploon est adhérent au péritoine pariétal au niveau de la cicatrice opératoire.

OBS. 37. — (PASCALE, avril 1901). — *Cirrhose atrophique de Laennec. Omentopexie par le procédé de Pascale. Mort 1 mois après.*

H., 32 ans. Buveur. A eu la malaria en 1890. Opération par le procédé de Pascale. Foie petit, épaissi, granuleux. Rate hypertrophiée. Mort 1 mois après dans le coma. A l'autopsie, on trouve des lésions de péritonite chronique et de cirrhose capsulaire.

OBS. 38. — (PASCALE, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Guérison.*

F., âgée de 36 ans. A déjà été opérée à la suite d'un faux diagnostic de kyste de l'ovaire. Le liquide s'est reproduit rapidement. et plusieurs paracentèses ont été faites. Opération par le procédé de l'auteur. Le péritoine est normal. L'épiploon est rétracté, adhérent au foie. Le foie est petit, granuleux, la rate est peu volumineuse. Après l'opération, l'urine devient plus limpide et sa quantité de 300 grammes monte à 2 litres par jour. Elle contenait du sucre avant l'opération. L'ascite ne se produit pas. La malade s'en va guérie.

OBS. 39. — (PASCALE, 29 janvier 1901). — *Cirrhose atrophique paludique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Guérison.*

H., 39 ans. Ni alcoolique, ni syphilitique, a eu les fièvres paludéennes qui n'ont jamais complètement disparu. Depuis 3 ans, a de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs. Opération : Le foie est petit, dur, granuleux. Rate volumineuse 7 jours après l'opération, la quantité d'urine a augmenté de 50 grammes. Les suites post-opératoires sont excellentes. Le liquide se reproduit, mais en moins grande quantité.

OBS. 40. — (PASCALE, 27 avril 1901). — *Cirrhose atrophique de Laënnec paludique alcoolique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Mort 4 mois après l'opération.*

H., 40 ans. Paludéen et alcoolique. Depuis 2 ans a de l'ascite et de l'œdème des membres inférieurs. Opération : Foie petit, dur. 15 jours après l'opération, la quantité d'urine augmente de 150 grammes. L'ascite se reproduit en très petite quantité, mais des phénomènes nerveux surviennent ; le malade a du délire le soir ; la nuit il tombe dans le coma. Le pouls est peu sensible. Les mouvements respiratoires sont de petite étendue, et après quel-

ques alternatives de bonne santé et de coma, le malade meurt 2 mois après l'opération.

OBS. 41. — (PASCALE, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Guérison.*

F., 36 ans. Ni syphilitique, ni paludique, ni alcoolique. A de l'ascite depuis 1 an. Opération : Péritoine normal. Épiploon congestionné. Foie petit, nodulaire. Rate grosse. Guérison par première intention. L'auteur ne dit pas quels furent les phénomènes post-opératoires.

OBS. 42. — (PASCALE, 1901). — *Cirrhose atrophique alcoolique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Guérison.*

H., 48 ans, alcoolique. Boit 3 à 6 litres de vin par jour. A de l'œdème et de l'ascite. Opération avec anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Foie petit. Rate peu augmentée de volume, mais dure. Grand épiploon vasculaire. Péritoine pariétal opaque, surtout au niveau du foie. 13 jours après l'opération, la quantité d'urine a monté de 320 à 750 grammes. Les suites opératoires furent excellentes. Le liquide ne se reproduisit qu'en très petite quantité.

OBS. 43. — (PASCALE, 1901). — *Cirrhose paludique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Récidive après amélioration.*

F., 51 ans. A eu la malaria à 30 ans. Ni alcoolique, ni syphilitique. Depuis un an a de l'ascite, de l'œdème de la vulve et des membres inférieurs.

Opération. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Foie très petit. Rate volumineuse. Grand épiploon rétracté. Le 7^e jour après l'opération, la quantité d'urine est de 870 grammes à la place de 350 grammes. L'œdème a disparu, les urines sont plus abondantes et plus claires ; mais actuellement le liquide se reproduit.

OBS. 44. — (PASCALE, 1901). — *Cirrhose paludique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Récidive après amélioration.*

H., 57 ans. A eu les fièvres paludéennes en 1898. Opération. Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Adhérences du grand épiploon au péritoine pariétal qui est épaissi et hyperhémé. Foie petit. Rate hypertrophiée. Quantité d'urine avant l'opération, 400 grammes. Après l'opération, 850 grammes. L'œdème a disparu mais l'ascite se reproduit actuellement.

OBS. 45. — (PASCALE). — *Cirrhose hypertrophique paludique. Omentopexie par le procédé de Pascale. Réunion par première intention. Suites inconnues.*

H., 36 ans. A eu la malaria en 1897. Ni alcoolique, ni syphilitique. Le foie est gros et déborde de deux doigts le rebord des fausses côtes. Il est dur. La rate est volumineuse. Œdème des membres inférieurs et du scrotum. Opération : Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Foie hypertrophié. Péritoine pariétal hyperhémé. Rate hypertrophiée et épaissie. Le 7^e jour après l'opération la quantité d'urine de 340 grammes est montée à 1.100 grammes. Légère enterroragie le 5^e jour le 7^e jour ; réunion de la plaie par première intention. Le 9^e jour, le malade veut partir de l'hôpital.

OBS. 46 (PASCALE, 1901). — *Omentopexie pour cirrhose hépatique probable. Récidive.*

H..., 57 ans. Ascite. A été ponctionné, mais le liquide s'est reproduit. Opération d'après les indications de Talma. La plaie se réunit par première intention, mais le liquide se reproduit.

OBS. 47 (KARL). — *Cirrhose de Laennec. Omentopexie. Amélioration.*

F..., 37 ans, atteinte depuis un an d'ascite. On lui a fait plusieurs ponctions. L'état général est mauvais. Opération suivant la

méthode de Talma. Le foie est peu altéré. Deux paracentèses ont été nécessaires après l'opération. Actuellement le malade va beaucoup mieux.

OBS. 48 (MAUCLAIRE, 10 octobre 1900). — *Cirrhose atrophique. Ascite considérable. Laparotomie. Omentopexie. Mort de shock opératoire* (citée in Thèse de LEPOT, 1902).

Un malade, âgé de 50 ans, était en traitement chez M. Barth pour une cirrhose atrophique d'origine alcoolique. Son ascite est considérable et a été plusieurs fois ponctionnée. Actuellement le malade est très affaibli, très amaigri. M. Barth le fait passer en chirurgie pour tenter l'épiploopexie. Celle-ci est pratiquée par le docteur Mauclaire (10 octobre 1900). A l'ouverture du ventre, il s'écoule une dizaine de litres de liquide ascitique. Le foie est petit, l'épiploon très mince est fixé à la face postérieure de la paroi abdominale antérieure qui a été essuyée à plusieurs reprises. Cette suture est faite avec du catgut. Une dizaine de points de suture sont ainsi pratiqués sur une ligne horizontale répondant à l'ombilic. Le malade succomba au shock opératoire 24 heures après.

OBS. de 49 à 53 (MANSELL-MOULIN, 1901). — *Cinq omentopexies pour cirrhose du foie. Une mort par pleurésie. Une mort par épuisement.*

Trois malades soulagés. Un non suivi. Les deux autres travaillaient deux ans après l'opération.

OBS. 54 (CHERVINSKY, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie. Amélioration.*

F..., âgée de 38 ans. Père buveur mort d'ascite. Mère morte de péritonite. Six frères et sœurs sont morts en bas âge. Cinq enfants dont l'un est mort de méningite. En décembre 1898, elle éprouve une douleur dans l'hypochondre droit en même temps que des nausées. Le 2 octobre 1899, son ventre est volumineux ; le foie es

petit, lisse, à bords tranchants. La rate est augmentée de volume. Opération le 27 octobre, incision médiane. Suture dans la plaie du grand épiploon. En février 1900, la malade n'a ni douleurs, ni troubles digestifs, elle ne présente qu'une minime quantité d'ascite.

OBS. 55 (BÉNISSOWITCH, 1901). — *Cirrhose hyperthrophique. Omentopexie. Guérison.*

H..., 22 ans, alcoolique déjà opéré par erreur pour péritonite tuberculeuse. A une deuxième laparotomie, on trouve le foie et la rate très volumineux, on fixe l'épiploon à la paroi abdominale antérieure. Une seule ponction fut nécessaire au bout de 2 mois. L'état général s'améliora et le malade partit guéri.

OBS. 56 (BÉNISSOWITCH, 1901). — *Cirrhose. Omentopexie. Mort.*

H..., 56 ans, opéré pour cirrhose, meurt au quatorzième jour, avec des phénomènes d'insuffisance cardiaque.

OBS. 57 (SOLOKOFF, 1901). — *Cirrhose hépatique avec ascite. Omentopexie. Amélioration.*

U..., âgé de 37 ans. Ascite énorme depuis 3 ans. On lui a fait deux ponctions à 3 mois de distance. Laparotomie médiane xipho-ombilicale. Fixation de l'épiploon. Un mois après l'opération, le liquide se reproduit, mais au bout de 4 mois il n'y en avait qu'une quantité très minime.

OBS. 58 (VILLAR, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie par le procédé de Schiassi. Guérison.*

Mme X..., âgée d'une cinquantaine d'années, ventre ascitique, foie petit, laparotomie; ascite très abondante, foie petit et granuleux. Evacuation de l'ascite et ponction de l'épiploon au péritoine pariétal. Résultat excellent durant plusieurs mois; j'ai eu dernièrement des nouvelles de ma malade.

OBS. 59 (VILLAR, 1901). — *Cirrhose atrophique, Omentopexie par le procédé de Schiassi. Mort.*

La nommée X..., 44 ans, journalière, réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans, elle l'a été depuis régulièrement tous les mois sans souffrance, sans hémorragies considérables. Pas de pertes blanches. Vers l'âge de 10 ans, la malade a eu la rougeole ; mariée à 33 ans, elle n'a jamais eu de grossesse ; ménopause il y a 2 ans. A 23 ans, varicelle qui obligea la malade à passer 3 semaines à l'hôpital Saint-André.

Le début de la maladie actuelle remonte à 2 ans environ. A cette époque, la malade s'aperçut que son ventre augmentait de volume, elle se sentait fatiguée sans pouvoir s'expliquer la cause de cette fatigue. Les fonctions digestives s'accomplissaient normalement comme par le passé, lorsqu'un soir elle eut subitement une hématomèse d'un demi-litre. Quelques jours plus tard, nouvelle hématomèse. Elle entre à l'hôpital Saint-André dans le service du docteur Rondot. On constate alors l'atrophie du foie et l'existence d'un peu d'ascite. On lui prescrit le régime lacté et de l'iodure de potassium. Au bout d'un mois, la malade quitte l'hôpital assez bien rétablie.

Depuis lors elle n'a présenté d'autres phénomènes pathologiques que deux selles sanguinolentes, mais au mois de mars dernier (1901), le ventre a de nouveau augmenté de volume ; les forces ont diminué et l'amaigrissement est apparu ; cette nouvelle phase oblige la malade à revenir à l'hôpital où elle entre le 9 avril.

A son entrée à l'hôpital on constate un amaigrissement assez marqué ; le teint est jaune, le pouls bat 76. Pas de fièvre ; la langue est normale, pas de vomissements, pas de diarrhée, pas d'anorexie. Ce qui frappe, c'est la saillie du ventre. La peau de la paroi abdominale est distendue et amincie. Elle est sillonnée d'un réseau veineux abondant, surtout au niveau de l'épigastre et de l'hypocondre droit. La cicatrice ombilicale est repoussée au dehors. Les signes d'ascite sont des plus manifestes. Foie inaccessible à la palpation, pas d'ictère. Rate hypertrophiée. Les selles ne sont

pas décolorées. 25 avril, première ponction (6 litres) ; 8 mai deuxième paracentèse (8 litres). Urines moins abondantes et plus foncées.

17. — Troisième paracentèse (8 litres et demi).

Opération le 31 mai. Anesthésie au chloroforme. Procédé de Schiassi (suture de l'épiploon entre la face externe du péritoine et la couche musculaire de la paroi). Deux ponctions furent faites les jours suivants. Vers le milieu de juin la malade présentait des phénomènes urémiques et le 21 juin ses parents la retirèrent de l'hôpital dans un état très grave. Le réseau veineux abdominal avait considérablement augmenté. La malade est morte peu de temps après son départ de l'hôpital.

OBS 60 (MONJOUR et DUBOURG, 1901). — *Cirrhose atrophique.*

Omentopexie, Récidive.

Jeanne L..., 53 ans, entre le 11 novembre 1899, dans le service du docteur Durand. Pas de syphilis. Alcoolisme caractérisé. Dans les premiers jours du mois d'août la malade perdit l'appétit et constata une augmentation notable du volume du ventre ; les urines rares étaient fortement colorées.

On pratique deux ponctions. A son entrée dans le service de M. Durand, on constate un amaigrissement considérable avec pâleur de la face, ventre de batracien, circulation abdominale collatérale très accentuée surtout à gauche.

12 novembre Ponction : 1.500 grammes de liquide. Le foie, légèrement douloureux à la pression dépasse d'un bon travers de doigt le rebord des fausses côtes. On fait plusieurs ponctions à courts intervalles. La malade urine 250 centimètres cubes par jour. Densité, 1.024. 29 grammes d'urée. De l'indican en proportion considérable. Pigments biliaires dans le sérum. *Opération* le 25 mars 1900. Plusieurs ponctions furent faites ensuite et la malade succomba par évolution naturelle de son affection le 3 septembre 1900.

OBS. 61 (MONJOUR et DUBOURG, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie. Mort.*

Marie G..., 32 ans, entrée le 1^{er} mars 1901 dans le service de M. le docteur Durand. Depuis 1889, cette malade s'adonne à l'alcoolisme. En 1896, elle est soignée pour une gastrique alcoolique. Plus tard elle a des épistaxis et d'abondantes hématomésès.

En février 1901, elle constate une augmentation anormale du volume du ventre et les hématomésès sont devenues fréquentes. Le 30 avril, elle présente tous les signes d'une cirrhose : ascite volumineuse, ventre de batracien, circulation collatérale intense, surtout dans le flanc droit. Deux ponctions sont faites le 5 avril et le 2 mai. Le foie, petit, mesure à peine 7 centimètres de hauteur maxima. Il est un peu douloureux à la pression. Moyenne des urines de 24 heures : 600 centimètres cubes. Urée, 7 à 8 grammes. Urobilinurie.

Opération le 24 mai 1901. La malade meurt le 27 mai à 6 heures du soir. Autopsie. L'ascite s'est produite. Péritonite plastique à l'endroit où l'épiploon est en contact avec le péritoine pariétal et les muscles de la paroi. Reins congestionnés. Foie clouté, 820 grammes. Rate, 370 grammes.

L'examen microscopique montre les caractères d'une cirrhose bi-veineuse, multilobulaire, à gros grains.

OBS. 62 (PACKARD et LE CONTE 1901). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie. Mort.*

J..., âgé de 52 ans, entre le 7 septembre 1900. Sa mère et une de ses sœurs sont mortes d'hydropisie. Il est alcoolique et syphilitique. Depuis 5 semaines il a de l'ascite et de l'œdème des jambes, un épanchement pleural à droite. On entend un faible souffle systolique à l'aorte. L'abdomen est distendu et on trouve une hernie ombilicale et une hernie inguinale gauche.

Opération le 15 octobre. — Ether.

Foie hypertrophié, dur, marronné avec un bord épais et ar-

rondi. La rate n'est pas grosse et le péritoine est vasculaire mais non épaissi. Le 17, mort dans un coma qui paraît être urémique.

OBS. 63 (PACKARD et LE CONTE, 1901). — *Cirrhose atrophique. Omentopexie. Mort.*

H..., 63 ans, mécanicien, entre au Pennsylvania Hospital le 6 août 1900. Alcoolique. Depuis 3 mois présente de l'ascite, de la dyspnée, de l'œdème des jambes. Souffle systologique mitral et aortique. Foie petit. Rate normale. Quatre ponctions sont faites successivement.

Opération le 13 octobre. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie sus-ombilicale. Foie lisse peu volumineux. On fait une petite incision sus-pubienne pour passer l'évacuateur à kyste de l'ovaire et aspirer le liquide. Il est évacué. On frotte avec des compresses le foie, la rate, l'épiploon et le péritoine pariétal correspondant. Drainage avec un tube en verre qui est remplacé, les jours suivants, par un drain en caoutchouc. Le 5 décembre le malade meurt d'asystolie et d'œdème du poumon. A l'autopsie on trouve de solides adhérences et un caillot oblitérant environ le tiers de la longueur de la veine porte.

OBS. 64. — (GLANDOT, 1902). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie. Amélioration.*

Le nommé Augustin A. de Godarville (Hainaut), âgé de 49 ans, menuisier, entre à l'hôpital de « La Bloque » le 8 octobre 1901, étant atteint de cirrhose hypertrophique du foie avec ascite considérable. Il existe du côté gauche de l'abdomen et de la poitrine un léger réseau de veines sous-cutanées.

Les causes et la nature de cette affection nous échappent. Elle aurait débuté insensiblement et sans douleur dans les premiers jours du mois de juin 1901, pour prendre bientôt une marche rapide, au point que le 5 juillet suivant on pratique une ponction évacuant 12 litres de liquide ascitique. Celui-ci se reproduit bientôt. Deux jours après, nouvelle ponction et ainsi de suite de

10 jours en 10 jours jusqu'à la onzième ponction, pratiquée le 30 septembre.

Inutile de dire que le malade a considérablement maigri et qu'il se trouve dans un état précaire.

M. Colson intervient le 12 octobre. Il suit la technique de Schiassi, que nous avons décrite plus haut, sauf une modification qu'il apporte au premier temps. Au lieu de faire l'incision verticale parahépatique, il la fait médiane, sur la ligne blanche de l'appendice xyphoïque à l'ombilic, voulant ainsi éviter d'intéresser les vaisseaux et rendre la perte de sang nulle, avantage précieux pour notre malade fortement anémié.

Cette incision médiane a encore pour avantage de ne pas sectionner les origines des veines mammaires internes et épigastriques, qu'on désire mettre en relation avec les veines épiploïques et de diminuer les causes des éventrations secondaires.

L'incision horizontale, d'une longueur de 15 centimètres, s'amorce sur le milieu de l'incision médiane.

Le ventre ouvert et le liquide évacué, on constate l'existence d'une foie cirrhotique à la période hypertrophique. La rate est également très tuméfiée.

L'épiploon est épaissi, de couleur lie de vin. Il est attiré hors du ventre et sa base est saturée aux lèvres des incisions péritonéales.

Alors le péritoine est décollé avec les doigts des muscles droits aussi loin que possible des deux côtés de la ligne médiane, et le tablier épiploïque y est introduit bien étalé et fixé. Suture du plan musculo-aponévrotique au catgut et enfin celle de la peau aux crins de Florence. Pas de drainage.

Les suites de l'opération furent on ne peut plus simples, complètement apyrétiques.

Quinze jours après l'opération, les plaies pariétales sont solidement réunies. Le foie a manifestement diminué de volume, ainsi que la rate; l'épanchement ascitique n'est appréciable que dans les flancs; le réseau veineux sous-cutané est de beaucoup plus apparent, surtout au côté gauche, où d'abord il ne l'était pas.

L'état général du malade s'améliore sensiblement. Néanmoins, dans les jours suivants, l'épanchement augmente au point que le 1^{er} décembre, c'est-à-dire 7 semaines après l'intervention, une ponction abdominale est indiquée. Elle évacue 10 litres de liquide.

L'amélioration, un moment arrêtée, reprend son cours ; le malade gagne en poids et en force. Le foie et la rate diminuent de volume ; une tête de méduse extraordinaire se développe à vue d'œil, au point de couvrir la partie antérieure du corps, depuis les clavicules jusqu'au pubis, d'un vaste réseau veineux ; l'épanchement est à peine appréciable.

Tout faisait espérer à Augustin, sinon une guérison prompte et complète, du moins que son séjour à l'hôpital de Gand ne serait plus de longue durée et qu'il pourrait bientôt rentrer dans sa famille lorsque, dans les premiers jours de février, il contracta l'influenza, qui mit ses jours en danger. Sa convalescence fut longue et difficile, pendant laquelle reparut l'épanchement abdominal assez abondant pour que, le 10 mars, une nouvelle ponction dut être pratiquée, on évacua 12 litres de liquide.

Le surlendemain, M. Colson jugea opportun de renvoyer son malade à la campagne, sinon guéri, du moins notablement amélioré.

OBS. 63 (GLANDOT, mai 1902). — *Cirrhose hépatique alcoolique. Omentopexie. Amélioration.*

Le premier-dernier je suis appelé à donner mes soins au nommé Jean V. M., garçon brasseur, âgé de 35 ans, atteint de cirrhose avec ascite considérable, d'origine alcoolique. Depuis deux mois il a dû subir deux ponctions évacuantes chacune 12 à 15 litres de liquide ascitique. Il a considérablement maigri et perdu beaucoup de ses forces. Le foie déborde les fausses côtes de 4 travers de doigt ; la rate est volumineuse.

Le réseau des veines sous-cutanées abdomino-thoraciques est peu développé. Mon malade accepte de subir l'opération de Talma que je lui conseille.

Je la pratique le lendemain avec le concours de mon confrère le docteur J. Meurice de cette ville, suivant la technique adoptée et modifiée par M. le docteur Colson. L'opération s'exécute méthodiquement et sans aucun incident ni accident. Les suites furent également simples et apyrétiques. 15 jours après mon intervention, les plaies pariétales sont solidement réunies, une tête de méduse s'est développée et est déjà apparente ; le foie et la rate diminuent de volume, l'ascite s'est reproduite mais pas abondante ; le malade se sent mieux et reprend des forces.

Le 1^{er} juin, la santé générale se rétablit sensiblement ; le malade gagne en poids et en force ; le foie ne déborde plus les fausses côtes que de deux travers de doigt ; la tête de méduse est de plus en plus apparente et étendue ; l'épanchement ascitique diminue et tend à disparaître.

Tout nous autorise à espérer sinon une guérison absolue, du moins une amélioration satisfaisante que notre patient devra attribuer à l'opération de Talma.

OBS. 66 à 73 (BUNGE DE KOENIGSBERG, 1902). — 2 morts, 3 améliorations, 3 guérisons.

1. Cirrhose syphilitique du foie avec ascite très développée. La suture de l'épiploon est d'abord restée sans résultat. La suture de la rate a fait disparaître l'ascite.

2. Cirrhose atrophique avec ascite très développée. La suture de l'épiploon n'a pas eu de résultat, le malade est mort de péritonite qui s'est produite à la suite d'une colpotomie postérieure pratiquée pour drainage du péritoine.

3. Cirrhose atrophique alcoolique typique avec forte ascite. Le résultat de l'omentofixation fut brillant.

4. Cirrhose atrophique avec ascite. Résultat de l'omentofixation négatif. Mort 2 mois après.

5. Cirrhose avec violentes hémorragies stomacales et intestinales et légère ascite. Par suite de l'omentofixation, les hémorragies ont disparu ainsi que l'ascite.

6. Cirrhose cardiaque probable. L'omentofixation l'améliora, les ponctions devinrent moins fréquentes.

7. Cirrhose atrophique avec forte ascite. Amélioration.

8. Cirrhose atrophique avec moyenne ascite. Disparition de l'ascite à la suite de l'omentofixation.

OBS. 74 (FRANKE, 1902). — *Cirrhose alcoolique. Omentopexie. Mort.*

Le 2 janvier, il est opéré ; le résultat est d'abord bon, l'ascite disparut presque complètement, l'état s'était d'abord amélioré ; mais fin avril survinrent des symptômes de sténose pylorique. Les lavages d'estomac ne servirent à rien. On pratiqua la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacker. Le malade meurt le 8^e jour d'une pneumonie.

A l'autopsie on a trouvé une coudure du côlon transverse par l'épiploon trop tendu, ce qui rendait la partie afférente trop volumineuse. Elle comprimait le duodénum et occasionnait une énorme dilatation d'estomac. A cause de ce danger de la coudure de l'intestin il serait peut-être plus recommandable de faire la suture de la rate.

OBS. 75 (FRANKE 1902). — *Foie cardiaque. Ascite. Omentopexie. Guérison.*

Chez une jeune fille de 14 ans atteinte d'une grave lésion au cœur avec foie cardiaque, ascite et hydrothorax double. Trois mois après, l'enfant est beaucoup mieux et n'a plus d'ascite.

OBS. 76 (KANTZEL 1902). — *Cirrhose. Omentopexie. Mort 13 jours après.*

H., 28 ans, chez qui on pratiqua l'opération d'après la méthode de Talma, pour une cirrhose, alors qu'on croyait intervenir pour une péritonite tuberculeuse. Treize jours après, le malade meurt de méningite et on constate au niveau de la fixation de très volumineux vaisseaux faisant communiquer l'épiploon à la paroi.

OBS. 77 (KANTZEL 1902). — *Cirrhose. Omentopexie. Guérison.*

H., 30 ans, présentant une ascite énorme et une rate très volumineuse. On fait la fixation du grand épiploon. Après l'opération, 3 ponctions sont faites successivement, mais 2 mois après, l'état s'améliore, la diurèse se fait mieux, l'ascite diminue et une circulation collatérale abdominale se produit.

OBS. 78 (KUMMEL 1902). — *Cirrhose. Fixation involontaire de l'épiploon à la paroi. Guérison.*

En 1887, nous avons fait une laparotomie chez une malade de 35 ans pour hypertrophie du foie avec ascite pensant à un kyste hydatique. Nous avons trouvé une cirrhose. En reformant la paroi, une partie de l'épiploon pénétra entre les points de suture et resta fixée dans la plaie. 3 mois après, nous revîmes le malade remis et capable de travailler. Il n'avait plus d'ascite, le foie avait diminué, mais il avait un peu d'ictère. Autour de la cicatrice abdominale on voyait des veines fortement dilatées. C'est après la publication de Talma que j'ai pensé aux conséquences heureuses de cette opération involontaire.

OBS. 79 — (KUMMEL, 1902). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie. Mort 4 jours après l'opération.*

H., 42 ans, présentant une grande hypertrophie du foie et de la rate, une ascite abondante, de l'œdème des jambes. Malgré son état général très mauvais et le mauvais état du cœur, on fit une laparotomie, on fixa l'épiploon à la paroi. Quatre jours après, il mourut avec des symptômes d'obstruction intestinale aiguë.

OBS. 80 — (KUMMEL). — *Cirrhose hépatique. Omentopexie. Mort le 2^e jour.*

Cette observation, qui a trait à une femme de 36 ans qui mourut le lendemain de l'intervention, ne peut être prise en considé-

ration, de même que la précédente, tant était grave l'état de la malade.

OBS. 81 — (KUMMEL). — *Cirrhose. Omentopexie. Mort*
5 semaines après.

Femme, 26 ans. Syphilitique. A été ponctionnée 6 fois. A la suite de l'opération de Talma. l'ascite ne revint plus. Cinq semaines après, mort par myocardite et pleurésie. Il y avait très peu d'ascite dans l'abdomen.

OBS. 82 — (KUMMEL). — *Cirrhose hypertrophique. Omentopexie.*
Guérison.

Homme, 52 ans. Soigné antérieurement pour cirrhose, vient en 1899 avec ascite et hypertrophie du foie et de la rate. En opérant le malade pour une hernie de la ligne blanche, on fait l'opération de Talma. Trois mois après, il n'y avait plus d'ascite et il existait des veines très dilatées. Le 13 janvier 1900, on opère le malade pour une hernie de la cicatrice sous anesthésie locale. Les veines de l'épiploon étaient très dilatées. Un an après l'opération, l'ascite n'était pas revenue et le foie avait diminué de volume. Le 22 mai 1900, il meurt d'érysipèle. A l'autopsie on trouve une grande dilatation des veines de l'épiploon et pas d'ascite.

OBS. 83 — (KUMMEL). — *Cirrhose hypertrophique. Guérison.*

H., 54 ans, venant pour une hernie inguinale gauche, présente un ictère intense, un foie très augmenté de volume et une abondante ascite. L'état du malade était très mauvais; on fit une incision pariétale à cause de la grande distension du ventre. On suture l'épiploon à la paroi. Le 7^e jour après l'intervention, des phénomènes de collapsus survinrent, mais il se remet et peut se lever 4 semaines après l'opération. Trois mois plus tard, il quitte l'hôpital avec un foie diminué sans ictère ni ascite.

OBS. 84 — (KUMMEL) — *Cirrhose hypertrophique.*
Omentopexie. Guérison.

F., 35 ans, alcoolique, est soignée depuis longtemps pour cirrhose du foie. Présente de l'ascite, une très grande hypertrophie du foie et de la rate et des troubles cardiaques. Le 17 décembre 1901, laparotomie et fixation de l'épiploon à la paroi. Six semaines après, la malade quitte l'hôpital en bonne santé sans ascite ni œdème, le foie et la rate ayant considérablement diminué de volume.

OBS. 85 — BOSRONSKY (cité par Kummel, 1902). — *Cirrhose chez un enfant de 9 ans. Omentopexie. Guérison sans récurrence de l'ascite.*

OBS. DE 86 A 95 — (EYSELSTEYN cité par Kummel, 1902). —
10 omentopexies. 6 guérisons.

A pratiqué 10 opérations d'après la méthode de Talma à l'hôpital de Surinam (Indes) avec 6 guérisons. Dans la plupart des cas, la malaria intervenait dans la production de la cirrhose.

OBS. 96-97. — (PAL, FRANKE, 28 janvier 1902). — *2 omentopexies.*
2 guérisons.

Pal présente 2 cas opérés par Franke sous l'anesthésie locale. Dans les 2 cas, l'ascite ne revint pas, mais chez l'un des malades il survint une hématomérose et des accès d'épilepsie qui disparurent.

Ces cas ne sont pas ceux déjà rapportés de Franke, puisque dans la même séance on signale 7 opérations, d'après la méthode de Talma, pratiquées par ce chirurgien.

OBS. 98. — (ABRAJANOFF, 1902). — *Cirrhose atrophique.*
Omentopexie. Guérison.

Femme, âgée de 48 ans, entre le 10 juillet 1900 à l'hôpital pour ascite. Il y a 4 an, on lui a fait une laparotomie pour kyste de

l'ovaire droit. 4 mois après, de l'ascite s'est reproduite et on lui a fait dix ponctions.

Etat général satisfaisant, ventre volumineux en forme de batracien. Le foie commence à la 5^e côte; sa limite inférieure n'atteint pas le rebord costal; région hépatique douloureuse à la pression. La pointe du cœur bat dans le 5^e espace; les bruits sont normaux, le 2^e cependant est un peu claqué surtout à l'aorte; les artères sont dures. Rien aux poumons. Urines claires. 1 litre par jour; pas d'albumine. Dans la région inguinale gauche existe une hernie du volume d'un œuf. Cul-de-sac latéral gauche occupé par un kyste de l'ovaire peu volumineux. On opère la hernie à la cocaïne; puis on fait un paracentèse qui est suivie de reproduction de l'ascite.

Le 22 octobre 1900, laparotomie sus-ombilicale de 8 centimètres à la cocaïne. Le foie petit, à surface lisse, est entouré d'adhérences molles. Le péritoine pariétal est gratté de chaque côté de l'incision et l'épiploon lui est suturé. Deux semaines après, première ponction. Deux autres ponctions furent faites, dont la dernière en janvier. Depuis le liquide ne s'est pas reproduit et l'amélioration a été progressive.

OBS. 103. — (BOSSOWSKI). — *Omentopexie pour cirrhose avec ascite. Guérison.*

OBS. 100-101-102. — (KOZLOVSKY). — 3 omentopexies : 1 guérison, 1 amélioration, 1 récidive.

1. Cirrhose alcoolique atrophique datant de 2 ans. Omentopexie. Guérison persistant 14 mois après l'opération.

2. Cirrhose hypertrophique. Le malade vit 7 mois sans ponction. Amélioration.

3. Cirrhose atrophique. Récidive.

OBS. 103. — (ZÉRININE). — *Omentopexie pour cirrhose chez une femme cachectique. Amélioration passagère.*

OBS. 104. — (SOUBBOTINE). — *Omentopexie pour cirrhose.*
Amélioration passagère.

OBS. 105-106. — (BÉREZKINE). — *2 omentopexies pour cirrhose*
alcoolique. 1 récurrence et 1 mort par péritonite.

OBS. 107. — (Inédite. mars 1902). — *Cirrhose hypertrophique*
avec ascite, Omentopexie. Guérison.

Femme M., âgée de 39 ans, entre dans le service de M le professeur Terrier, le 11 mars 1902. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a été réglée à 11 ans et demi. Mariée à 28 ans, elle a eu 4 enfants, le premier à 19 ans, le dernier à 30 ans. Les couches ont été bonnes. La ménopause est survenue il y a 4 ans. Il y a 6 ans, elle a eu une affection de poitrine qu'elle dit avoir été une pleurésie. Cette affection a duré 8 jours. Depuis l'époque de la ménopause, elle prétend ressentir par moments des douleurs lombaires, des douleurs dans l'hypocondre droit et dans l'épaule du même côté. Ces douleurs, qui survenaient assez fréquemment, diminuèrent, dit-elle, lorsque commença l'augmentation de volume de son ventre. Le début de l'affection actuelle ne peut être exactement précisé. Elle se rappelle que depuis 6 mois le port du corset était douloureux, puis que son ventre augmenta de volume, surtout dans les 3 derniers mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital. Elle dit éprouver depuis 4 ans des troubles digestifs; les digestions sont difficiles, l'appétit est très faible, elle a eu à plusieurs reprises des vomissements, et la nuit elle souffre fréquemment de douleurs épigastriques. Elle a, de plus, beaucoup maigri et ses forces ont diminué.

État actuel. — En dehors de son état de faiblesse, la malade présente des symptômes digestifs et des signes physiques du côté de l'abdomen.

L'anorexie est presque complète; les quelques aliments que prend la malade en dehors du lait, ne sont pas digérés. Le plus souvent elle a de la diarrhée; les selles sont jaunes, presque

blanches. Elle présente des hémorroïdes sans hémorragie. Pas d'ictère.

Les douleurs abdominales existent toujours ; l'abdomen est volumineux et on trouve tous les signes d'une ascite libre. Rien au poumon. Rien au cœur.

Le 1^{er} avril 1902, ponction. On retire 3 litres de liquide jaune verdâtre clair. On ne retire pas davantage de liquide, la malade supportant mal la ponction. Après la ponction, on sent que la rate n'est pas hypertrophiée, mais que le foie est volumineux. Il remonte jusqu'au 4^e espace intercostal et descend à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. Sa matité mesure 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Urines 623 grammes par jour.

Réaction acide.

Densité. 1,014

Urée 21 gr. 739.

Opération, le 28 avril 1902, par M. le professeur Terrier. Aide : M. Gosset ; chloroforme : M. Bourreau. — Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale de 10 centimètres environ passant à gauche de l'ombilic. Evacuation du liquide ascitique. Le foie est augmenté de volume ; il est dur, présente plusieurs élevures et en un point une tâche blanchâtre ; la vésicule biliaire est dilatée, mais ne contient pas de calculs. Fixation du grand épiploon à la paroi comme dans l'observation suivante, au moyen de dix points de suture formant un demi-cercle à pôle inférieur. Suture de la paroi en trois plans par points séparés ; dans les sutures péritonéales, on reprend l'épiploon ; les sutures sont faites à la soie, la peau est suturée aux crins.

On fait 1.000 grammes de sérum dans la journée.

Du 28 avril au 5 mai, la quantité d'urine n'augmente pas et la malade a quelques phénomènes de congestion pulmonaire qui nécessitent des ventouses et de la caféine.

Le 6 mai, 1.000 grammes d'urine.

A partir de ce jour, la quantité varie entre 12 et 1.500 grammes.

Le 10, le ventre est encore légèrement tendu.

Le 13, son volume commence à diminuer.

Elle quitte le service le 17 mai.

Examen pratiqué au mois de juillet. — La malade vaque à ses occupations, elle se dit forte et a augmenté de poids. Elle n'a plus de troubles digestifs, jamais de vomissements, jamais de douleurs épigastriques. Parfois, elle a quelques douleurs abdominales, mais fugaces. De temps en temps, elle a des maux de tête, comme elle en avait, dit-elle, déjà avant l'opération. Elle n'a ni constipation ni diarrhée et urine abondamment. La cicatrice abdominale est souple, mais la paroi est flasque et la malade porte une ceinture. Le volume du foie est toujours semblable. Pas de trace d'ascite.

Nous avons récemment eu des nouvelles de la malade. Elle est en excellente santé.

OBS. 108 (Inédite, juillet 1902). — *Cirrhose hypertrophique avec ascite. Omentopexie. Récidive.*

J..., Catherine, âgée de 43 ans, couturière, entre le 28 juin 1902 dans le service de M. le professeur Gilbert à l'hôpital Broussais, d'où elle part le 10 juillet, pour entrer à la Pitié dans le service de M. le professeur Terrier.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 75 ans, de cause inconnue ; mère morte à 67 ans, paralysée. Un frère mort d'accident à 40 ans. Un frère de 28 ans bien portant. Une sœur morte à 47 ans de cirrhose du foie. Une sœur bien portante âgée de 38 ans.

La malade s'est mariée à 19 ans. Son mari est bien portant. Elle a eu 4 enfants ; l'un est mort d'accident à 3 ans, les autres sont bien portants.

Antécédents particuliers. — A l'âge de 7 ans, la malade a eu une adénite inguinale, et à la même époque, elle fut prise de troubles de la parole et de troubles nerveux qui cessèrent pour ne plus se reproduire.

Jusqu'à il y a 6 mois, sa santé a été excellente. Elle boit habituellement un litre de vin par jour, un petit verre de liqueur après chaque repas, parfois un apéritif. Il y a 6 mois, elle eut des crises nerveuses la prenant brusquement. Soudain elle tombait, se débattait, se mordant la langue mais n'urinant pas sous elle. La crise durait 2 ou 3 minutes et se terminait par un sommeil d'une heure environ. Ces crises survinrent tous les 5 ou 6 jours environ pendant un mois. Il y a 5 mois, elle eut une grande perte rouge, puis ses règles disparurent. A la même époque, son ventre augmentant de volume, elle se crut enceinte. Mais le volume du ventre devint considérable. Elle entre une première fois à l'hôpital Broussais dans le service de M. Oettinger. Elle souffrait dans le côté droit et elle présentait une teinte jaune foncée assez accentuée. On la mit au régime lacté et on lui fit une ponction qui permit de retirer 12 litres de liquide clair jaune citron.

Elle sortit de l'hôpital 12 jours après son entrée, moins jaune et très améliorée. Six semaines après sa sortie, son ventre augmente de nouveau de volume. Elle retourne dans le service de M. Oettinger où on pratique une nouvelle ponction. Elle retourne chez elle et reprend ses occupations ; mais les phénomènes primitifs se reproduisent rapidement et elle se fait admettre dans le service de M. le professeur Gilbert, puis dans celui de M. le professeur Terrier.

État actuel. — La malade, en dehors de la teinte foncée et pigmentée qu'elle avait à l'état normal, présente une coloration nettement jaune ; les conjonctives et la muqueuse de la face inférieure de la langue ont également une teinte ictérique. En découvrant la malade, on est frappé de la maigreur de ses membres inférieurs contrastant avec le volume de l'abdomen. Sur les membres on remarque quelques nævi pigmentaires, ainsi que des lésions de grattage. Le ventre est très distendu, la cicatrice ombilicale est dépliée. Une circulation veineuse supplémentaire existe au-dessus de l'ombilic, des deux côtés et au-dessous de l'ombilic exclusivement à droite. Jamais la malade n'a eu d'épistaxis ni d'hématémèse. Elle n'a pas d'hémorroïdes.

Appareil digestif. — L'appétit est conservé, la malade n'a pas de dégoût pour la viande. La langue humide est blanchâtre, rosée sur les bords. Les selles sont régulières. Pas d'hémorroïdes.

Le foie et la rate ont pu être palpés et persécutés après une ponction pratiquée le 2 juillet. Par cette ponction on a retiré 8 litres 500 d'un liquide jaune verdâtre opalescent, de densité 1.010, de pression intra-ascitique 14.

Après la ponction, on voit une saillie dépassant de trois travers de doigt environ l'appendice xiphoïde et s'abaissant dans l'inspiration. Cette saillie se continue à droite par un bord oblique suivant à peu près le rebord des fausses côtes.

Au palper on sent ce bord antérieur du foie, dur et tranchant surtout à gauche, plus mousse à droite. Parti du rebord costal gauche, un peu en dedans de la ligne mamillaire, ce bord suit un trajet oblique en bas et à droite. Son point déclive est sur la ligne médiane à 7 centimètres de l'ombilic. De ce point, il remonte, formant une encoche et redescend jusqu'à trois travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Sa limite supérieure répond à la 5^e côte.

La matité à : 12 centimètres sur la ligne médiane.

— 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

— 16 centimètres sur la ligne axillaire.

La rate qui paraît de consistance normale, dépasse de deux travers de doigt le rebord costal.

Appareil circulatoire. — Le pouls, plus petit que normalement est rapide (125 en moyenne) avec une température normale. La tension artérielle est de 13. Le sérum est très teinté et donne une réaction positive au réactif de Gmelin.

Les jugulaires sont turgescentes et animées de battements.

La pointe du cœur bat dans la 5^e, espace un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Rien d'anormal à l'auscultation.

Appareil pulmonaire. — Ni toux ni crachats.

Respiration rude et expiration légèrement prolongée à gauche. en avant et en arrière.

Appareil génito-urinaire. — Réglée à 14 ans. Règles régulières avant la ménopause, qui a eu lieu il y a 6 mois.

Pas de pertes blanches.

Urines peu abondantes.

Ni sucre.

Ni albumine.

Pas d'indican.

Urobiline abondante.

Réaction de Gmelin négative.

EXAMEN FRACTIONNÉ DES URINES DU 1^{er}-2 JUILLET 1903

		URÉE PAR LITRE			
I	8 heures à 12 heures.	15 c.c.	16,14	0.24	Jaune ictérique. " " plus foncée. plus foncée que la 1 ^{re} moins que la 3 ^e plus foncée que les autres.
II	Midi à 4 heures.	32 "	13,57	0.43	
III	4 heures à 8 heures.	25 "	14,23	0.36	
IV	8 heures à minuit.	24 "	15,37	0.37	
V	Minuit à 4 heures.	43 "	12,42	0.53	
VI	4 heures à 8 heures.	37 "	12,04	0.45	
Urine émise =		176 c.c.	Urée =	2.38	

Opsiurie : 5 juillet. Ingestion à 8 heures du matin de 500 grammes d'eau.

A 9 heures	16 centimètres cubes
A 10 heures.	8 —
A 11 heures.	12 —
A midi	9 —
A 1 heure	8 —
A 2 heures	6 —

59 centimètres cubes

Opération le 29 juillet 1902 par M. le professeur Terrier. Aides : M. Gosset, M. Alexandre. Chloroforme : M. Bourreau. — L'opération a duré 43 minutes et a nécessité l'emploi de 31 centimètres cubes de chloroforme.

Lavage de la paroi abdominale à l'eau et au savon, puis au sérum. Incision médiane d'environ 10 centimètres commençant à

deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et passant à 1 centimètre à gauche de celui-ci. La peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose sont incisés successivement; quelques pinces hémostatiques sont placées sur les points qui saignent. L'hémorragie de la paroi est assez abondante. Le péritoine incisé, une grande quantité de liquide jaune citron s'écoule. On favorise la sortie du liquide en déprimant légèrement la paroi. Avec l'aspirateur on évacue encore une certaine quantité de liquide, mais il en reste certainement encore.

Le péritoine pariétal est épaissi, rouge, plus sombre par endroit où il paraît davantage vascularisé. Sa section donne du sang, surtout au voisinage de l'ombilic où une grosse veine apparaît dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Les bords du péritoine sont saisis aux extrémités de l'incision avec 4 pinces américaines.

Le foie dépasse le rebord costal. Il est dur et son bord est mousse. Sa surface présente un aspect blanc nacré avec par place quelques points rappelant de loin la couleur normale du tissu hépatique. Au toucher, la surface est inégale. C'est un type de foie cirrhotique.

La vésicule biliaire distendue par du liquide se laisse facilement vider; elle ne contient pas de calculs. Cette exploration, bien que très légère, suffit à produire une hémorragie, très peu abondante, il est vrai.

Vers la gauche, l'extrémité du foie adhère à la rate. Celle-ci peu augmentée de volume, mais dure et d'un blanc nacré comme le foie, semble confondue avec l'extrémité gauche du foie d'une part, de l'autre avec l'angle gauche du côlon.

Le grand épiploon est rétracté vers le côlon et l'estomac. Il forme une corde épaisse et de consistance plus ferme qu'à l'état normal. Au premier abord, il semble qu'il sera impossible de l'attirer. Mais on arrive à l'étaler et à l'opposer à l'ouverture abdominale d'une de ses extrémités à l'autre. Il est non seulement étalé de haut en bas, mais aussi transversalement formant sous l'incision et le péritoine pariétal un plan semi-ovalaire à pôle inférieur d'environ 6 centimètres de large.

Avec les pinces américaines on soulève et on retourne vers l'extérieur la lèvre gauche de l'incision péritonéale. A 4 centimètres du bord avec l'aiguille de Reverdin, on passe successivement 4 fils comprenant d'une part le péritoine, l'aiguille pénétrant et sortant par la face viscérale, d'autre part l'épiploon. Ainsi chacun des fils applique l'épiploon au péritoine à distance des lèvres de l'incision. Un point est placé de la même façon dans l'angle inférieur de la plaie et 4 points sont mis du côté droit.

L'épiploon saigne un peu au niveau de quelques points ; mais l'hémorragie s'arrête et une seule ligature suffit.

Suture du péritoine à points séparés par-dessus l'épiploon. M. Terrier ne prend pas l'épiploon afin de ne pas causer une hémorragie.

Suture de l'aponévrose à points séparés.

Toutes ces sutures sont faites à la soie fine.

Suture de la peau avec des crins à points très rapprochés.

Suites opératoires. — Des injections de sérum, d'éther, de caféine sont faites pendant les 3 jours qui suivent l'opération.

Les premiers jours, l'état général est très bon.

Le 7^e jour, on constate de la dyspnée, des signes de congestion pulmonaire.

Le 10^e jour, la malade présente les signes d'un épanchement pleural à droite. Deux thoracentèses sont faites le 1^{er} et le 6 août.

Le 10 août, 19 jours après l'opération, la plaie abdominale est complètement cicatrisée, l'ascite ne s'est pas reproduit, mais l'état général était semblable à celui qu'elle présentait avant l'opération, plutôt meilleur.

La malade veut quitter l'hôpital.

Obs. 109 (Inédite juillet 1902). — *Cirrhose hypertrophique avec ascite. Omentopexie. Mort par lésions cardio-pulmonaires.*

F. Deltreuil, 38 ans, journalière, entre à l'hôpital de la Pitié le 4 juillet 1902. D'abord dans le service de M. le docteur Petit, elle entre quelques jours après dans le service de M. le professeur Terrier.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 77 ans. Sa mère à 72 ans. Son père est mort de fièvre typhoïde. Elle a un fils de 21 ans en bonne santé. Elle a fait deux fausses couches, l'une il y a 8 ans, l'autre il y a 6 ans.

Réglée à 15 ans, elle a toujours eu ses règles régulièrement ; mais depuis 3 mois elle n'est plus réglée.

A 22 ans, elle a eu du côté gauche une pleurésie rapidement guérie. Il y a deux ans, elle est entrée une première fois à la Pitié le 4 mai 1900 et elle est restée jusqu'au 4 août de la même année. A cette époque, elle eut de l'ascite et des hémorroïdes qui disparurent et elle partit de l'hôpital en bonne santé. Depuis sa sortie, elle continua à bien se porter jusqu'il y a 3 mois. C'est à cette époque que commencent les phénomènes de l'affection actuelle. Pendant les premiers jours, son appétit disparut complètement et elle eut des vomissements qui cessèrent dès que son alimentation fut composée exclusivement de lait. Bientôt, elle remarqua la distension de son ventre et l'œdème de ses membres inférieurs, tandis que son état de faiblesse augmentait de jour en jour.

État actuel. — Actuellement, la malade présente sur tout le corps et particulièrement à la face une teinte terreuse. Les conjonctives sont très légèrement colorées en jaune ; les lèvres sont gercées et saignent souvent. Rien de particulier sur le corps en dehors de cicatrices de ventouses scarifiées sur la région hépatique. Au niveau de la fosse iliaque droite existe un pansement au collodion appliqué à la suite d'une ponction faite le 10 juillet par laquelle on a retiré 11 litres de liquide. Les membres inférieurs présentent un léger œdème.

Appareil digestif. — La dentition est bonne, mais les gencives sont rouges et tuméfiées. Elles saignent à chaque instant et provoquent une sensation de gêne. La langue humide présente sur les bords et la pointe une coloration plus rouge que sur la face dorsale. Sur la face inférieure, les veines sont très saillantes.

Depuis 3 mois, les vomissements ne se sont pas reproduits. La malade prend exclusivement du lait qu'elle digère facilement. Elle n'a jamais ni nausées ni brûlure dans la région épigastrique.

L'abdomen est très distendu ; ponctionné le 10 juillet, le 16, il a repris le volume qu'il avait avant la ponction. Il existe quelques veines sous-cutanées, apparentes à droite de la ligne médiane. Insignifiantes au-dessous de l'ombilic, elles forment au-dessus une arcade assez appréciable, recevant par sa convexité gauche quelques fins affluents. L'ombilic est déplié. La sensation de flot est très nette. La matité, mobile pendant les changements de position de la malade, se termine au-dessus de l'ombilic par une courbe à concavité supérieure. Pas de douleurs abdominales ni spontanées, ni provoquées.

Pas de diarrhée ; parfois un peu de constipation cédant facilement sous l'influence d'un lavement. Les matières sont blanc jaunâtre et contiennent toujours du sang liquide. Il y a 2 ans, elle présentait déjà des hémorroïdes qui sont revenues il y a 3 mois.

Au niveau de l'anus on voit un bourrelet augmentant pendant les efforts de la malade et se prolongeant au toucher sur une longueur de 2 centimètres environ.

Comme on l'a vu, l'ictère est très léger. La matité hépatique commence au niveau de la 5^e côte, sur la ligne mamelonnaire et descend environ à 3 centimètres au-dessous du rebord des fausses côtes. Après la ponction, on a senti facilement le bord antérieur du foie régulier et assez dur. La rate, un peu augmentée de volume, présente une matité de 10 centimètres sur 5.

Appareil respiratoire. — Le 15 juillet, la malade a eu une épistaxis légère. Elle se rappelle en avoir eu une il y a 2 ans. Les fosses nasales ne présentent rien d'anormal. Elle tousse un peu et rejette quelques crachats contenant un peu de sang qui semble venir des gencives. Elle respire facilement lorsqu'elle reste couchée et qu'elle ne remue pas. A la base droite on entend quelques fins râles sous-crépitants. A la base gauche, il y a matité, diminution des vibrations, souffle expiratoire et voix chevrotante. Une ponction exploratrice retire un liquide limpide jaune citron.

Appareil circulatoire. — Pas de palpitations. 104 pulsations à la minute. Rien d'anormal ni à la percussion, ni à l'auscultation.

Appareil génito-urinaire. — Rien d'anormal au toucher vaginal.

Urines : 500 grammes par jour.

Densité : 1.015.

Urée : 11 gr. 73 par 24 heures.

Opsiurie : Après l'ingestion de 500 grammes d'eau à 8 heures du matin le 16 juillet.

Emission, à 10 heures, de 350 grammes d'urine.

— à midi, de 100 —

— à 2 heures, de 300 grammes d'urine.

OPÉRATION, le 29 juillet, par M. Alexandre ; aide, M. Gosset ; chloroforme, M. Bourreau. — Anesthésie au chloroforme. Incision sur la ligne médiane passant à gauche de l'ombilic. Cette incision remonte à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic et descend à 4 travers de doigt au-dessous.

Le tissu cellulaire, très vascularisé, demande l'application de plusieurs pinces à forcipressure.

Le péritoine est d'abord ouvert sur 2 centimètres pour que le liquide ascitique s'écoule plus facilement dans un récipient. Puis il est complètement incisé, et le liquide qui sort d'abord en abondance est ensuite aspiré.

Deux écarteurs permettent de donner du jour et de voir l'état des viscères abdominaux. Le péritoine lavé est lisse et un peu épaissi. Le foie est rétracté, petit. Il a une couleur rouge avec des points blancs faisant, par place, de larges traînées. Au toucher il est dur et présente des mamelons qui le rendent rugueux. C'est le foie typique de la cirrhose atrophique de Laënnec. La vésicule biliaire est distendue, mais elle ne contient pas de calculs. L'aspect de la paroi est normal.

La rate est légèrement augmentée de volume, sa capsule est dure et épaissie. Les organes sont libres et sans adhérences. Le grand épiploon, assez grand, n'est pas rétracté. Il a la souplesse normale et ne présente aucune particularité si ce n'est une dilatation un peu exagérée de ses veines.

On met cet épiploon en face de l'ouverture de la paroi. Des pinces américaines tiennent le péritoine pariétal et permettent de l'éverser.

Cet éversement, nécessaire pour la suture de l'épiploon à la paroi, se fait facilement et permet de faire les sutures à 4 centimètres des lèvres de l'ouverture péritonéale.

Avec l'aiguille courbe on fait successivement 4 points à gauche, 1 point en bas et 4 points à droite. Tous ces points, comme les suivants, sont faits à la soie fine.

Le péritoine est ensuite suturé par points séparés sur la ligne médiane. Dans la moitié inférieure de la suture, on a soin de prendre l'épiploon tous les 2 ou 3 points. Ainsi certains points ne comprennent que le péritoine pariétal.

L'aponévrose est suturée à points séparés. Suture de la peau avec des crins superficiels et profonds, ces derniers prenant l'aponévrose sous-jacente. Pas de drainage.

Décédée le 8 août.

A la suite de l'opération, la malade se trouva bien pendant les 6 premiers jours. Ensuite survinrent de la dyspnée, de la cyanose de la face et des extrémités. La quantité des urines, qui avait augmenté pendant les premiers jours, était redescendue à 500 grammes la veille de la mort.

AUTOPSIE, le 10 août 1902, à 7 heures et demie du matin. — *Aspect du cadavre*. — Le ventre n'est pas distendu. La cicatrice ne présente rien d'anormal. Les membres inférieurs sont œdématiés. La face est violacée. Sur le cou, sur la partie supérieure du thorax et sur les bras, on voit les veines violettes et très marquées. On peut les suivre de leur origine à leur terminaison. Elles se continuent sur la face ainsi qu'en bas jusqu'au rebord des fausses côtes en diminuant peu à peu.

Ouverture de la cavité abdominale. — A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne trouve que très peu de liquide. L'intestin est assez pâle, et comme on a eu soin de faire une incision elliptique de la paroi abdominale en passant à distance de la cicatrice, on trouve, en relevant un morceau de la paroi abdominale, que le grand épiploon est tout à fait étalé. Il est étalé depuis le côlon jusqu'à la partie inférieure de l'incision, où il se termine en pointe. Son adhérence est très grande. Au-dessous du côlon on peut pas-

ser le doigt entre le grand épiploon et la paroi. Mais, plus bas, l'adhérence est intime d'un bout à l'autre de la fixation, sauf sur les bords où l'épiploon se laisse légèrement séparer.

L'adhérence est complète, non seulement sur les côtés et sur la ligne médiane, mais encore sur toute l'étendue du grand épiploon. Le péritoine pariétal au niveau de la zone d'adhérence est très vascularisé. On voit facilement de grosses veines bleues injectées comme par une injection artificielle, aller du grand épiploon à la paroi abdominale. Il est même possible d'en disséquer un certain nombre avec un scalpel. Ces vaisseaux sont plus gros et plus abondants vers la pointe de l'incision et sur le côté droit.

Le côlon transverse n'est pas coudé et l'estomac n'est pas tirailé en bas.

Appareil pulmonaire. — La plèvre gauche contient une assez grande quantité de liquide. Le poumon est très rétréci, refoulé par le liquide. En le retirant, on constate qu'il est un peu adhérent par son bord supérieur. Il est de couleur rouge vineux, surtout au sommet et à la base. Le bord antérieur est plus pâle et légèrement emphysémateux.

La coupe du poumon montre une coloration rouge violace intense. Par les bronches, il s'écoule une petite quantité de pus. Il surnage dans l'eau. Poids, 465 grammes.

Le poumon du côté opposé présente un aspect presque normal, sauf une coloration légèrement bleutée à son bord supérieur.

A la coupe, il est très congestionné, cependant moins que celui du côté opposé. Il surnage dans l'eau. Poids, 520 grammes.

Cœur. — Lorsqu'on vient à ouvrir le péritoine, on s'aperçoit de l'impossibilité qu'il y a de séparer le feuillet viscéral du feuillet pariétal. En ouvrant avec précaution, on voit qu'il y a adhérence complète entre les deux feuillets. C'est avec le doigt que l'on peut seulement les décoller, et le cœur, quand on a séparé les deux feuillets, paraît un peu diminué de valeur comme s'il était comprimé par les adhérences.

Le cœur est mou. Il se laisse déchirer facilement. Rien du côté des orifices.

Foie. — Le foie a l'aspect décrit pendant l'opération. Il est clouté, dur, crie sous le scalpel.

Coupe : aspect marron, avec graines multiples.

Poids : 1.550 grammes.

La veine porte est perméable.

La vésicule biliaire ne contient pas de calculs, son aspect est normal, elle contient de la bile brune d'aspect normal.

Rate. — Elle est volumineuse.

Sa capsule est dure, épaissie. Sa pulpe est rouge vineux, et à la coupe cette pulpe est presque liquide.

Poids : 500 grammes.

Estomac. — Pas dilaté, forme normale,

Reins. — Poids : 435 grammes les deux.

A la coupe : congestionnés, on a peine à distinguer les deux.

Le rein gauche est moins congestionné que le droit, presque normal.

(Voir planche : paroi et grand épiploon enlevés ensemble à l'autopsie, injection des vaisseaux avec une solution colorée au bleu de méthylène.)

ges de l'observ.	NOM DE L'AUTEUR	VOLUME DU FOIE	Guérison	Aménora-tion	Récidive	Mort
1	Van der Meulen.	»	»	»	»	1
2	Schelkly.	»	»	»	»	1
3	Lens	atrophie	»	»	»	1
4	Drummond et Morison	»	1	»	»	»
5	id.	hypertrophie	»	1	»	»
6	Morison	atrophie	1	»	»	»
7	Id.	»	»	»	»	1
8	Edward	»	»	»	»	1
9	Tahna.	hypertrophie	1	»	»	»
10	Id.	id.	1	»	»	»
11	Neumann.	id.	1	»	»	»
12	Rolleston et Turner.	»	»	1	»	»
13	Id.	»	»	»	1	»
14	Titorf	»	»	»	»	1
15	Id.	»	»	»	»	1
16	Brown	»	»	1	»	»
17	Grinon	»	1	»	»	»
18	Roberts	»	»	1	»	»
19	Id.	»	»	1	»	»
20	Commandini et Salvolini.	atrophie	»	»	1	»
21	Id.	»	»	»	»	1
22	Frazier	hypertrophie	1	»	»	»
23	Schiassi	»	»	1	»	»
24	Id.	»	»	1	»	»
25	Id.	»	»	1	»	»
26	Clementi	hypertrophie	»	»	1	»
27	Id.	»	»	»	1	»
28	Id.	hypertrophie	»	»	1	»
29	Id. opération impossible	»	»	»	»	»
30	Id.	»	»	»	1	»
31	Id.	atrophie	»	»	»	1
32	Raffa	id.	»	»	1	»
33	Pascale	id.	»	»	»	1
34	Id.	id.	»	1	»	»
35	Id.	id.	»	»	»	1
36	Id.	id.	»	»	»	1
37	Id.	id.	»	»	»	1
38	Id.	id.	1	»	»	»
39	Id.	id.	1	»	»	»
40	Id.	id.	»	»	»	1
41	Id.	id.	1	»	»	»
42	Id.	id.	1	»	»	»
43	Id.	»	»	»	1	»
44	Id.	»	»	»	1	»
45	Id.	hypertrophie	»	»	»	»
46	Id.	»	»	»	1	»
47	Karl.	atrophie	»	1	»	»
48	Mauclaire	id.	»	»	»	1
49	Mansel-Moulin.	»	»	»	»	1
50	Id.	»	»	»	»	1
51	Id.	»	»	1	»	»
52	Id.	»	1	»	»	»
53	Id.	»	1	»	»	»
54	Chervinsky	atrophie	»	1	»	»
55	Benissowitch	hypertrophie	1	»	»	»

Nos de l'observ.	NOM DE L'AUTEUR	VOLUME DU FOIE	Guérison	Amélioration	Récidive	Mort
56	Benissowitch	»	»	»	»	1
57	Solokoff.	»	»	1	»	«
58	Villar	atrophie	1	»	»	«
59	Id.	id.	»	»	»	1
60	Monjour et Dubourg	id.	»	»	1	»
64	Id.	id.	»	»	»	1
62	Packard et Le Conte	hypertrophie	»	»	»	1
63	Id.	atrophie	»	«	»	1
64	Glandot	hypertrophie	»	1	»	»
65	Id.	id.	»	1	»	»
66	Bunge.	»	1	»	»	«
67	Id.	atrophie	»	»	»	»
68	Id.	id.	1	»	»	»
69	Id.	id.	»	»	»	1
70	Id.	»	1	»	»	»
71	Id.	»	»	1	»	»
72	Id.	atrophie	»	1	»	»
73	Id.	id.	1	»	»	»
74	Franke	»	»	»	»	1
75	Id.	»	1	»	»	»
76	Hantzel	»	»	»	»	1
77	Id.	»	1	»	»	»
78	Kummel.	hypertrophie	1	«	»	»
79	Id.	id.	»	»	»	1
80	Id.	»	»	»	»	1
81	Id.	»	»	»	»	1
82	Id.	hypertrophie	1	»	»	»
83	Id.	id.	1	»	»	»
84	Id.	id.	1	»	»	»
85	Bosronski	»	1	»	»	»
86	Eyselsteyn.	»	»	»	»	1
87	Id.	»	»	»	»	1
88	Id.	»	»	»	»	1
89	Id.	»	«	»	»	1
90	Id.	»	1	»	»	»
91	Id.	»	1	»	»	»
92	Id.	»	1	»	»	»
93	Id.	»	1	»	»	»
94	Id.	»	1	»	»	»
95	Id.	»	1	»	»	»
96	Pal	»	1	»	»	»
97	Id.	»	1	»	»	«
98	Abrajanoff.	atrophie	1	»	«	»
99	Bossowski.	»	1	»	»	»
100	Kozlowski.	atrophie	1	»	»	»
101	Id.	hypertrophie	«	1	»	»
102	Id.	atrophie	»	»	1	»
103	Zéréphine.	»	»	1	»	»
104	Soubbotine	»	»	1	»	»
105	Berezkine	»	»	»	1	»
106	Id.	»	»	»	«	1
107	Inédite.	hypertrophie	1	»	»	»
108	Id.	id.	»	»	1	»
109	Id.	id.	»	»	»	1

CONCLUSIONS

I. L'expérimentation démontre :

- a. Qu'il est aisé de créer des anastomoses vasculaires entre l'épiploon et la paroi ;
- b. Que ces adhérences peuvent servir de voie de dérivation en cas d'obstruction du système porte ;
- c. Que le passage d'une certaine quantité de sang du système porte dans le système cave n'est pas toxique pour l'organisme.

II. L'ascite est un symptôme avant tout d'ordre mécanique qui fait partie du syndrome d'hypertension portale que l'on doit rechercher avec soin dans toute cirrhose alcoolique.

III. Sur 107 omentopexies, nous trouvons :

Guérisons et améliorations, 58, c'est-à-dire 54 p. 100.

Morts, 35, c'est-à-dire 32 p. 100.

Sur 31 cirrhoses atrophiques, nous trouvons :

Guérisons et améliorations, 14, c'est-à-dire 45 p. 100.

Morts, 13 cas, c'est-à-dire 41 p. 100.

Sur 20 cirrhoses hypertrophiques :

Guérisons et améliorations, 14, c'est-à-dire 70 p. 100.

Morts, 3, c'est-à-dire 15 p. 100.

Le pronostic opératoire est meilleur pour les cirrhoses hypertrophiques alcooliques que pour les atrophiques.

IV. L'omentopexie est indiquée dans les cirrhoses alcooliques, dans les cirrhoses syphilitiques, cardiaques, paludiques avec ascite.

Il y a une première période dans les cirrhoses alcooliques, plus longue quand le foie est gros, pendant laquelle il faut attendre.

Il faut intervenir lorsque les symptômes d'hypertension portale sont établis et ne regressent pas, et en particulier lorsqu'il y a des hémorragies gastriques ou intestinales.

Elle est contre-indiquée quand la cellule hépatique est profondément atteinte dans son fonctionnement, lorsque l'état général est mauvais, lorsqu'il existe une importante affection respiratoire, cardiaque ou rénale.

V. La suture seule de l'épiploon à la paroi suffit ; on peut à la rigueur lui adjoindre la suture de la vésicule biliaire, mais il faut s'abstenir d'avivement par grattage ou curettage du péritoine et des viscères.

VI. La méthode intra-péritonéale est préférable aux méthodes extra-péritonéales : elle comprend les temps suivants :

- a. Incision de la paroi contournant l'ombilic ;
- b. Evacuation du liquide ;
- c. Examen des viscères et étalement du grand épiploon ;
- d. Suture de celui-ci à la face viscérale du péritoine pariétal ;
- e. Suture de la paroi en reprenant l'épiploon.

Pas de drainage.

VII. — Après l'opération peuvent survenir des accidents nerveux passagers semblables à ceux qui surviennent chez les animaux auxquels on a fait la fistule d'Eck.

On a signalé comme complications opératoires la péritonite, l'éventration, la coudure de l'intestin par l'épiploon trop tendu.



BIBLIOGRAPHIE

- Abrajanoff**, *Vratzhebnia gazeta*, juillet 1902, t. VIII, n° 29, p. 527.
- Aubian** (M^{lle}), *Etude critique sur l'omentoxation*. Thèse de Bordeaux, 1901.
- Benisssovitch**, *Vratch*, 1901. T. I, n° 7, p. 199. *Presse médicale*. 1^{er} juin 1901, n° 44, p. 260.
- Bernard**, *Du Drainage des voies biliaires dans les cirrhoses du foie*. Thèse de Paris, 1900-1901, n° 413.
- Bourreau**, *Traitement chirurgical de l'ascite d'origine hépatique*. *Gazette médicale du Centre*, juillet 1901, n° 7, p. 97.
- Bunge** (Königsberg), *Die Talma'sche Operation*. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 26. XXXI Kongress, p. 115 (28 juin 1902).
- Castaigne** et **Beuder**, *Sur les causes de mort après ligature brusque de la veine porte*. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, novembre 1899, n° 6, p. 751.
- Chervinsky**, *Traitement opératoire de l'ascite consécutive à la cirrhose du foie* (*Société thérapeutique de Moscou*. Séance du 9 janvier 1900). *Wracht*, 1900, n° 12, p. 370 ; *Presse médicale*, 1901, 26 janvier, n° 8, p. 47 ; *Gazette des hôpitaux*, 1900, 17 mai, n° 57, p. 577.
- Clementi**, *Rassegna intern. della medicina moderna*, Anno II, 1900, n° 1.
- Commandini** et **Salvolini**, *Gazz. degli. Osp.* Anno XXI, 1900, n° 150.
- Cruveilhier**, *Sur les causes de la mort après ligature brusque de la veine porte*. Thèse de Paris, 1900.
- Drummond** et **Morison**, *A case of ascite due to cirrhosis of the liver cured by operation*. *British medical Journal*, 19 septembre 1896, p. 701.
- Dubourg** et **Monjour**, *Mémoires et bulletins de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux*, 21 juin 1901.
- Franke** (Brunschwig), *Ueber ein Gefahr der Talma'schen Operation (Beilagrüm)*. *Centralblatt für Chirurgie*, n° 26, 28 juin 1902, XXXI Kongress, p. 118.

- Frazier**, *The operative treatment of cirrosis of the liver*, décembre 1900 t. II, p. 661; *The American of the medical Sciences*.
- Froment**, *Considérations sur le traitement chirurgical de l'ascite cirrhotique par suture de l'épiploon à la paroi abdominale antérieure*. Thèse Paris, 1900-1901, n° 179.
- Gilbert et P. Carnot**, *les Fonctions hépatiques*. Masson, éd., 1902.
- Gilbert**, *Travaux scientifiques*, 1900. Masson, éd., *Bulletin de la Société de biologie*, 1889 à 1902.
- Glaudot**, *Déviations chirurgicales de la circulation porte. Opération de Talma*. *Archives médicales belges*, t. XX, 1^{er} fascicule, juillet 1902.
- Grinon**, *Traitement opératoire de l'ascite*. *Société médicale de Hambourg*, 16 janvier 1900; *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 8 janvier 1900, n° 11, p. 131.
- Guillot** (du Havre), *De l'intervention chirurgicale dans les cirrhoses biliaires et alcooliques*. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 16 janvier 1902, n° 5, p. 49.
- Hahn, Massen, Lenke et Pawlow**, *Die eck'sche Fistel Zwischen der Unteren Holve und der Pfortader*. *e Arch. f. experiment Path. und Pharmacol.*, vol. XXXII, 1893, pp. 161-218.
- Ito et Omi**, *Klinische und experimentelle Beiträge zur chirurgischen Behandlung des Ascites (Aus der Kaiserlichen chirurgischen universitäts Klinik zu Kyoto, Japan)*. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1902, t. LXII, p. 141.
- Kantzel**, *Traitement opératoire de l'ascite dans la cirrhose de Laënnec*: *Chirurgia*, janvier 1902, t. XI, n° 61, p. 10; *Presse médicale*, 10 mai 1902, n° 38, p. 454.
- Kousnetzof**, *Sur le Traitement chirurgical de l'ascite dans la cirrhose du foie par l'omental fixation, Recherches cliniques et expérimentales*. *Wratsch*, 1900, n°s 32 et 33, p. 965; *Gazette des hôpitaux*, 7 février 1901, p. 145.
- Kümmel**, *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 3 avril 1902 n° 14, p. 242; *Die chirurgische Behandlung der Ascite bei Lebercirrhose*.
- Lens**, *Hechting van het omentum majus aan den Buikwand bij cirrhosis hepatis atrophica*. *Nederlandsh. tydscrift voor geneeskunde*, 10 mai 1902, n° 20, t. I, p. 645.
- Leport**, *Étude critique sur l'opération de Talma comme traitement de l'ascite*. Thèse Paris, 1901-1902, n° 461.
- Maignot**, *Curra dell' ascite con le incizoni intra-peritoneali d'ossigeno*. *Reforma medica*, 1898, t. IV, p. 583.
- Mansell Moulin**, *Traitement chirurgical de l'ascite*. *Chirurgical Society of London*, 11 octobre 1901. *Gazette hebdomadaire*, 7 novembre 1901, n° 89, p. 1061.

- Mc Arthur**, The Morrison opération for the establishment of collateral circulation in cirrhosis of the liver. *Annals of Surgery*, 1901, t. XXXIII, p. 653.
- Monjour**, Du Traitement chirurgical de l'ascite dans les cirrhoses veineuses du foie.
- Mori**, Contributo alla deviazione chirurgica del sangue della Veina porta. *Clinica chirurgica*, 10^e année, 31 octobre 1902, n° 10, p. 879.
- Morison**, Cure of ascites due to liver cirrhosis by operation. *The Lancet*, 27 mai 1899, t. I, p. 1426.
- Murrel**, Omentopexie dans un cas de maladie de Bianti. *Med Press and circular*, 8 janvier 1902, et *Bulletin médical*, 15 janvier 1902.
- Neumann**, Zur Frage der Operativen Behandlung des Ascites bei Lebercirrhosis. *Deutsche med. Wochenschrift*, n° 36, 29 mai 1899.
- Pal**, Wiener medicinische Wochenschrift, 8 mars 1902, n° 10, p. 473 ; *Gesellschaft der Ärzte in Wien*, 28 février 1902.
- Packard et Le Conte**, The Surgical treatment of ascites due to cirrhosis of the liver with report of two cases, mars 1901, t. I, p. 251.
- Pascale**, L'intervento chirurgico nella cirrosi epatica con special riguardo alla legatura della vena porta e della vena cava inferiore. *Comunicazione all'Academi med. chir. di Napoli*, anno LV, n° 4, 1901. (Dans ce travail on trouve la bibliographie italienne.)
- Robert**, Cirrhotic ascites treated by peritoneal anastomosis. *Annals of Surgery*, V, 31, 1900, p. 489.
- Rolleston et Turner**, The surgical treatment of ascites medical Society of London. *The Lancet*, 16 décembre 1899, t. II, p. 1667.
- Sallard**, Des Effets curatifs de la laparotomie dans certaines affections hépatiques. Thèse Paris, 1899-1900, n° 598.
- Smith**, Traitement de l'ascite par la laparotomie. *Gazette des hôpitaux*, 5 juillet 1900, n° 76, p. 775.
- Schiassi**, la Déviation chirurgicale du sang de la veine porte. *Semaine médicale*, 1^{re} mai 1901, 21^e année, n° 19.
- Talma**, Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. *Berliner klinische Wochenschrift*, 19 septembre 1898, n° 38, p. 833. *Semaine médicale* 1898, p. 398.
- Talma**, Chirurgische Oeffnung neuer Seitenbahnen für das Blut der Vena porta. *Berliner klinische Wochenschrift*, 30 juillet 1900, n° 31, p. 677.
- Tansini**, Ableitung des Portalen Blutes durch die direkte Verbindung der V. Portæ mit der V. cava neues operatives verfahren. *Centralblatt für Chirurgie*, 6 septembre 1901, n° 36, p. 937.
- Tilmann**, Ueber die chirurgische Behandlung des Ascites. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 4 mai 1899, n° 18, p. 285.

Titorf, *Wratch*, 1900, n° 12, p. 370. *Société thérapeutique de Moscou*. Séance du 9 janvier 1900.

Villar, A propos du traitement chirurgical de l'ascite dans la cirrhose atrophique du foie. *Journal de médecine de Bordeaux*, 4 août 1901, n° 31, p. 524.

Weir, On reestablishing surgically the interrupted portal circulation in cirrhosis of the liver. *Medical Record* 4 février 1899, V 55, n° 5, p. 149.

Willems (de Gand), Dérivation opératoire de la circulation porte. *Société belge de chirurgie*, 22 juin 1901. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 5 septembre 1901, n° 71, p. 846.

Vu :

Le Président de la Thèse,

TERRIER.

Vu :

Le Doyen,

DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
CHAPITRE PREMIER. — Historique	9
CHAPITRE II. — Expérimentation	12
§ 1. — Production d'adhérences pariéto-épiploïques	12
§ 2. — Action des adhérences pariéto-épiploïques sur la cir- culation porte	15
§ 3. — Toxicité du sang porte pénétrant directement dans le système cave	18
CHAPITRE III. — Considérations cliniques.	23
§ 1. — Des variétés de cirrhoses veineuses	24
§ 2. — Pathogénie de l'ascite.	25
§ 3. — Des symptômes à observer avant et après l'omen- topexie.	29
CHAPITRE IV. — Résultats de l'omentopexie.	37
CHAPITRE V. — Indications, contre-indications	41
CHAPITRE VI. — Opération	45
§ 1. — Manœuvres accessoires	45
§ 2. — Temps principal.	49
§ 3. — Manuel opératoire	52
§ 4. — Pansement. Soins consécutifs.	60
§ 5. — Complications opératoires	61
OBSERVATIONS	65
CONCLUSIONS.	115
BIBLIOGRAPHIE	119



